Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas

o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942–1960

André Luiz Vieira de Campos

Coleção História e Saúde

Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas

o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960

Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas

o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960

André Luiz Vieira de Campos

Coleção História e Saúde

ISBN: 85-7541-081-4

Capa e projeto gráfico
Angélica Mello, Guilherme Ashton e Daniel Pose

Tratamento digital da foto, arte final da capa e editoração eletrônica
Adriana Carvalho Peixoto e Carlos Fernando Reis da Costa

Foto da capa
Aspectos de instalações e atividades do Serviço Especial de Saúde Pública do Ceará, 1 e 2 de junho de 1943, Fortaleza. (Da esquerda para a direita: dr. Iran Eduardo Lima, dr. Júlio de Araújo Costa, dr. Borges de Sales, dr. José Cunha, dra. Maria Oliva e dr. José Carlos Ribeiro).
Arquivo Gustavo Capanema/CPDOC, foto 822-1.

Revisão
Gustavo Dumas

Revisão Final
Marcionílio Cavalcanti de Paiva

Catalogação-na-fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

C198p Campos, André Luiz Vieira de

Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. / André Luiz Vieira de Campos. – Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006.

318p. ilus., tab., graf., mapas (Coleção História e Saúde)

1.Saúde pública-história. 2.Serviços de saúde-história. 3.Política de saúde. I.Título.

CDD - 20.ed. - 362.1

2006
EDITORA FIOCRUZ

Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br/editora

Sumário

Para Danilo e Gabriela.

Prefácio

O Serviço Especial de Saúde Pública, o Sesp, foi alvo de controvérsias desde sua criação, em 1942, como agência bilateral brasileiro-americana. Até 1960 o Sesp foi uma agência internacional, com estatuto jurídico 'especial', o que lhe garantia completa autonomia dentro do Ministério da Educação e Saúde. As polêmicas em torno dessa agência sobreviveram mesmo depois de sua extinção, em 1990. O Sesp foi celebrado por poucos e severamente criticado por muitos. 'Sespiano' transformou-se em um adjetivo, quase sempre, negativo. Encontramos nas memórias dos personagens da saúde pública brasileira do segundo quartel do século XX e na parca bibliografia sobre o Sesp expressões, e até supostos conceitos, tais como modelo 'sespiano', funcionários e técnicos 'sespianos', estratégias sespianas. Por vezes até mesmo há menções a uma ideologia sespiana. Talvez o adjetivo 'sespiano' tenha sido e ainda seja sinônimo de 'autonomia excessiva' e de 'norte-americano'. Para analistas e reformistas do passado e do presente, antônimos de saúde pública e de Brasil. Para muitos o veredicto foi dado e o caso, encerrado.

Porém, para cientistas sociais, historiadores e analistas mais desconfiados permanecem muitas perguntas: Por que essa instituição, a de mais longa existência na história da saúde pública brasileira, foi e continua sendo controversa? Quais foram as bases que a sustentaram durante quase meio século, apesar de tantos críticos? Qual a origem e as razões de tantas críticas, apesar de tão poucos se dedicarem a estudar a agência até hoje? Afinal, qual foi a história do Sesp? Como ela se articula com a história contemporânea do Brasil e a revela? Qual foi o papel do Sesp na saúde pública brasileira? O que essa história nos esclarece sobre as longevas relações entre Brasil e Estados Unidos no campo da saúde?

O livro de André Luiz Vieira de Campos é o primeiro estudo profundo e sistemático sobre o Sesp e nos permite começar a responder a algumas dessas perguntas. Pela primeira vez, e de modo sofisticado, o Sesp – em suas origens e desenvolvimento – é submetido ao escrutínio do historiador. O livro *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas* é um empreendimento que estabelece de modo criativo uma conexão explícita e indissociável entre a história do Brasil, a saúde pública e as relações internacionais. Atualiza também a discussão sobre o papel das políticas e ações de saúde na construção da autoridade pública no Brasil, em particular na chamada Era Vargas, na qual dimensões e características do Estado Nacional viramse aprofundadas, e mesmo formadas e conformadas.

A saúde no período Vargas, e especialmente no pós-Segunda Guerra Mundial, é ainda um tema pouco estudado tanto pela bibliografia dedicada à saúde pública como por aquela que se debruçou sobre o período 1930-1945. Esta última priorizou os temas do trabalho, da cultura, da educação, da repressão política, da industrialização, da ideologia política e da organização do Estado. O trabalho de André Campos é uma contribuição importante na articulação da historiografia e das interpretações sobre a chamada Era Vargas e a criação de aparatos nacionais de saúde e assistência. O Sesp só pode ser compreendido como produto desse contexto específico. Em particular, um dos méritos do livro está no minucioso desvelamento da gênese do Sesp em 1942, para a qual foi fundamental o contexto específico do envolvimento do Estados Unidos e do Brasil no esforço de guerra e a conseqüente mudança nas relações interamericanas. As ações de saneamento nas áreas de minerais estratégicos – no Vale do Rio Doce e em Goiás – detalhadamente narradas no capítulo 6 nos revela a relação direta entre guerra e saúde pública no Brasil.

Este livro, em seus quatro capítulos iniciais, nos mostra que a 'gênese norte-americana' do Sesp, a presença militar dos EUA no Nordeste e as ações de saneamento da Amazônia para o esforço de guerra – apesar da natureza desigual da relação com o Brasil – não se deram à revelia dos interesses do governo brasileiro, como também não estavam imunes a conflitos e negociações, seja no cotidiano das ações sanitárias, seja nos gabinetes do Ministério Capanema e de seus sucessores. O autor reconhece as assimetrias nas relações Brasil-EUA. Afinal, até João de Barros Barreto, o homem-forte da saúde pública no Estado Novo, foi derrotado no seu intento de impedir a autonomia do Sesp e a sua 'entrega' aos norte-americanos. Porém, o autor nos mostra como dirigentes do Sesp, governos, burocratas e médicos da saúde pública brasileira foram se reapropriando da instituição, já a partir do final da Segunda Guerra e em particular na década de 1950.

Nesse sentido, a análise de André Campos também desfaz a imagem congelada e anti-histórica que se construiu do Sesp a partir dos seus 'males (norte-americanos) de origem'. O Sesp se modificou ao longo do tempo em resposta aos contextos nacional e internacional marcados pela Guerra Fria e pelo nacional-desenvolvimentismo e pela intensa discussão sobre as relações entre saúde e desenvolvimento. O lugar da saúde na construção do Estado e da Nação adquiriu novos sentidos diretamente relacionados ao contexto do chamado 'otimismo sanitário' vigente no cenário internacional desde o pós-Guerra. Propugnava-se o poder da ciência e da medicina em combater e mesmo erradicar, mediante novos recursos tecnológicos e terapêuticos – especialmente os inseticidas de ação residual, como o DDT, os antibióticos e antimaláricos – as doenças infectocontagiosas em todo o mundo. Associada a esse otimismo, instituía-se a idéia de que a saúde era um bem de valor econômico, e de que investimentos em 'capital humano' eram fundamentais para o desenvolvimento e progresso das nações, especialmente dos países mais pobres. A malária assumia lugar de destaque nesta compreensão do que Gunnar Myrdall chamou de "círculo vicioso da doença e da pobreza". Esses novos significados e interesses presentes na associação entre saúde e desenvolvimento passaram a marcar os espaços institucionais no campo da saúde pública também no Brasil.

Um intenso debate sobre os custos econômicos das doenças como obstáculo ao desenvolvimento dos países, particularmente no que se refere à expansão agrícola e à produtividade do trabalho, ocorreu no período. Pobreza e doença formavam as bases do que o antropólogo colombiano Arturo Escobar chamou de "a invenção do Terceiro Mundo". O desenvolvimento teria adquirido um *status* de certeza no imaginário social pós-Guerra, tornando-se impossível conceituar a realidade social em outros termos. Ela tinha sido "colonizada pelo discurso do desenvolvimento". O combate às doenças transmissíveis visava classificar territórios e populações e incorporá-los assimetricamente ao mundo moderno e capitalista.

Os capítulos 7, 8 e 9 deste livro constituem-se de inéditas e pormenorizadas análises sobre esses novos contextos e como, neles, o Sesp se reinventa, na década de 1950, como braço sanitário de programas regionais de desenvolvimento do Estado brasileiro, convivendo, nem sempre harmonicamente, com as demais estruturas do Ministério da Saúde, criado em 1953. Mas alguns 'males' parecem que vieram para o 'bem', dependendo do ponto de vista. O Sesp manteve até 1960 sua autonomia frente ao Departamento Nacional de Saúde e teve um papel importante na montagem de modelos mais descentralizados de administração sanitária, incluindo

formação de pessoal para os serviços de saúde. Desse modo, o Sesp se contrapunha ao chamado modelo vertical então hegemônico, voltado para o combate a doenças específicas, em geral de caráter endêmico, sem vínculos com os serviços básicos de saúde. De modo surpreendente, e mesmo com críticas, a perspectiva mais descentralizada do Sesp tinha afinidades com o sanitarismo progressista que criticava tanto o modelo extremamente centralizado criado no Estado Novo como a prevalecente visão segundo a qual as intervenções sanitárias eram pré-requisitos para o desenvolvimento econômico.

O livro de André Campos é uma contribuição valiosa para a história da saúde no Brasil, mas também à crescente historiografia sobre saúde internacional, ou saúde global como alguns preferem. A história da saúde internacional é majoritariamente narrada a partir da perspectiva das instituições ditas metropolitanas, de seus arquivos e personagens. A extensa pesquisa que deu origem a esse livro foi feita em arquivos brasileiros e norte-americanos. O resultado foi uma hábil narrativa que entrelaça o governo brasileiro, o Instituto de Assuntos Interamericanos e o Sesp e produz um entendimento analiticamente mais sofisticado das relações entre internacional e nacional em saúde.

Por último, um livro que aborda Estado, instituições e políticas de saúde no Brasil nos aproxima do drama da saúde das populações. Afinal, o autor está discutindo doenças, condições de vida e de trabalho, morte e as possibilidades de curar e cuidar. O que é exemplar e cativante neste livro é que a face humana não aparece em um discurso político explícito e fácil. Ela emerge na narrativa que resulta do melhor artesanato do historiador a partir de suas fontes. Esses homens, alvos das ações do Sesp e do Estado brasileiro, aparecem no excepcional quinto capítulo, que versa sobre o recrutamento no Nordeste daqueles que, enviados para Amazônia, se tornariam os 'soldados da borracha'. As condições de saúde, vida e trabalho, o drama de enormes contingentes humanos que se deslocam pelo território nacional, as revoltas e fugas saem dos relatórios oficiais, dos relatos burocráticos e de poucas, mas tocantes, cartas escritas por alguns desses brasileiros.

A publicação de *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas*, além de abrir a 'caixa-preta' do Sesp, estabelece um novo patamar para a reflexão e as pesquisas que articulam história do Brasil contemporâneo, história da saúde pública e saúde internacional.

Gilberto Hochman
Pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz e professor do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

Apresentação

Este livro analisa a história do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), uma agência bilateral que atuou no Brasil entre 1942 e 1960, financiada com recursos norte-americanos e brasileiros. O Sesp elaborou suas políticas sanitárias a partir de um acordo com o Instituto de Assuntos Interamericanos (Iaia), acordo este expirado em 1960, quando o Sesp tornou-se a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSesp). Regida por um outro estatuto jurídico, a agência perdia então sua condição de agência internacional, embora conservasse uma condição diferenciada em relação aos demais órgãos do Ministério da Saúde – por ser uma fundação, permanecia à parte do Departamento Nacional de Saúde (DNS). A Fundação Sesp acabou extinta em 1990, sendo seus quadros incorporados à Superintendência de Campanhas, integrada à Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

Estabelecida para ser uma agência temporária de guerra, o Sesp existiu durante 48 anos e sempre despertou grandes paixões e polêmicas por conta de suas ações, prioridades no campo da saúde pública e modelo institucional. Muito desta divergência também se deveu à sua situação de autonomia dentro do Ministério da Saúde, especialmente até 1960: o Sesp contava com um orçamento e um plano de cargos e salários invejáveis em comparação aos demais órgãos da administração pública direta. Seus vínculos técnicos, institucionais e simbólicos com os norte-americanos e sua competência técnica e científica criaram um *ethos* próprio, e eram motivo de orgulho para os 'sespianos', ao mesmo tempo em que fomentavam constantes acusações de antipatriotismo por parte de seus adversários.

Um dos focos de polêmica dizia respeito ao modelo de administração sanitária do Sesp, que era diverso daquele implantado pelo DNS no primeiro

Governo Vargas. Contudo, pretendemos demonstrar que existiam muitos pontos em comum e mesmo colaboração entre os dois modelos, à primeira vista divergentes. Por um lado, porque os princípios de administração sanitária seguidos pelo Sesp e pelo DNS partilhavam de orientações antes discutidas em fóruns internacionais; por outro, o campo da administração da saúde pública no Brasil era um laboratório de muitas experiências, daí se configurando, ainda na década de 1930, um modelo que combinava elementos de tradições diversas. Portanto, apesar de freqüente no discurso dos atores engajados no campo da saúde pública o tema do conflito entre os modelos de administração sanitária, estes admitiam muitos pontos em comuns; já as divergências situavam-se em outros campos, principalmente o da política.

Concebido no contexto da Segunda Guerra Mundial, para o governo norte-americano o Sesp seria uma agência temporária encarregada de políticas sanitárias pontuais em regiões produtoras de matérias-primas estratégicas – a Amazônia e o vale do Rio Doce. Para o governo brasileiro, porém, as políticas sanitárias do Sesp adequavam-se perfeitamente àquelas elaboradas pelo Ministério da Educação e Saúde e ao processo de *state and nation building* da Era Vargas. Neste sentido, estavam plenamente afins à agenda sanitária do então ministro Gustavo Capanema e integravam-se ao projeto varguista de expansão da autoridade central sobre o território brasileiro. O Sesp empreendeu políticas sanitárias voltadas para as populações do interior, objetivando combater as grandes endemias do chamado 'sertão' brasileiro; montou uma rede de unidades sanitárias e outros equipamentos; construiu e administrou escolas de enfermagem, hospitais e centros de saúde, além de sistemas de águas e esgotos; normatizou técnicas e procedimentos; contratou e expandiu uma burocracia; estabeleceu convênios com estados e municípios para construir, normatizar e expandir saúde pública; formou mão-de-obra qualificada; praticou educação sanitária; enfim, nada que fugisse à agenda de saúde pública estabelecida pelo Estado Novo, que se prolongou pela década de 1950.

A sobrevivência do Sesp no pós-Guerra remete, no cenário externo, às novas funções que a saúde pública internacional adquiriu na bipolaridade pós-1947 e, internamente, aos projetos de desenvolvimento do Estado brasileiro. Entre o final da década de 1940 e o final da década de 1980, as 'políticas internacionais de saúde' – conceito que pressupunha relações entre Estados nacionais soberanos – foram ditadas segundo

o jogo político da Guerra Fria, e transformaram-se em instrumento de demonstração da superioridade política e tecnológica dos países capitalistas. Assim, num contexto internacional marcado por essa bipolaridade na geopolítica mundial e pela 'invenção do desenvolvimento', o Sesp reorientou seus objetivos no Brasil, associando-se aos projetos desenvolvimentistas, construindo saúde pública nas regiões mais 'subdesenvolvidas' – para usar a retórica surgida na época – do país, e servindo também como agência-modelo a demonstrar os efeitos positivos da 'cooperação técnica' entre os Estados Unidos e o Brasil.

Apesar de seu caráter internacional e de seu modelo de administração sanitária inspirado em padrões norte-americanos, as políticas de saúde do Sesp no Brasil nunca constituíram uma via de mão única, e sim foram marcadas por conflitos, negociações e adaptações. A tradição sanitária brasileira, a diversidade política, econômica e cultural do país e os interesses do Estado brasileiro determinaram respostas locais aos enunciados do Iaia.

Em que pese sua importância no âmbito das políticas sanitárias da Era Vargas, o Sesp não havia sido objeto de estudos aprofundados no campo da história, sendo este livro o primeiro trabalho voltado para o conhecimento da agência enquando organismo responsável pela institucionalização de políticas de saúde pública no Brasil. O livro aborda não apenas as suas realizações, mas as marcas significativas impressas na estrutura sanitária do Ministério da Saúde pelo Sesp, em diversos campos: assistência às populações do interior, formação profissional, institucionalização administrativa e educação sanitária, para citar apenas alguns.

Esmiuçar a história do Sesp é também importante para a reflexão sobre um passado recente, que nos legou heranças que ainda perduram no campo da saúde pública. Por outro lado, o estudo das origens do Sesp e de sua história nos ajudam na compreensão de como as 'políticas internacionais de saúde desenhadas no século XX interagiram com as políticas nacionais e originaram instituições que marcaram as ações de saúde no século passado. Por tudo o que foi exposto, este livro deve interessar não apenas aos historiadores e estudantes da sáude pública e da medicina, mas também aos 'trabalhadores da sáude' em geral – médicos, enfermeiras e administradores – pelo que apresenta de conhecimento acerca de um passado tão recente no seu campo de atuação profissional.

Esta obra foi originalmente apresentada como tese de doutorado em história na Universidade do Texas, em Austin, em setembro de 1997,

Quero registrar meus agradecimentos a instituições e pessoas que apoiaram a realização do doutorado. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela concessão de uma bolsa de estudos nos Estados Unidos; à Universidade Federal Fluminense e à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pela licença remunerada para realização do doutorado. Para a elaboração da pesquisa e redação da tese, agradeço a Richard Graham, meu orientador em Austin, além de Sonia Jay Wright, Arnold Longoria e Dean Graber; a Mary DeGonia, de Washington; e a John Buettner, de Nova York. No Rio de Janeiro, agradeço a Dilma Avellar Cabral, do Arquivo Nacional, e ao grupo que me recebeu durante o verão de 1996 na Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz (COC), especialmente a Ana Beatriz Almeida, Fernando Dumas e Ricardo Augusto dos Santos. Agradeço ainda a minha mãe, Miriam Milena Borgese; a meu pai, Elias Vieira de Campos; e a Tetê Lacerda, por administrarem meus interesses enquanto eu estava nos Estados Unidos.

Em 2004, retomei este trabalho na COC/Fiocruz, por conta do projeto 'Saúde na construção simbólica e material da Nação, 1910-1960', coordenado por Nísia Trindade Lima, a quem agradeço o convite para participar do projeto, que me estimulou a traduzir o texto original e transformá-lo neste livro. Também na COC, sou particularmente grato a Cristina Fonseca e Gilberto Hochman, que foram interlocutores constantes para a revisão deste trabalho. Agradeço ainda a Érico da Silva Muniz que, como bolsista de iniciação científica (Pibic/UFF) do projeto mencionado acima, foi extremamente competente e dedicado. Finalmente, agradeço a Mariza Soares, pelo estímulo de sempre e pela amizade.

Introdução

Este livro é uma história do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) e de sua atuação no Brasil entre 1942 e 1960, quando o Sesp era uma agência internacional com estatuto jurídico 'especial', o que lhe garantia completa autonomia dentro do Ministério da Educação e Saúde (MES). Financiado com recursos norte-americanos e brasileiros, o órgão elaborava suas políticas sanitárias em parceria com o Instituto de Assuntos Inter-Americanos (Iaia). Este acordo expirou em 1960, quando o Sesp tornou-se a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSesp), com outro estatuto jurídico pelo qual perdia sua condição de agência internacional. A FSesp conservou uma situação diferenciada em relação aos demais órgãos do ministério – era uma fundação e permanecia à parte do Departamento Nacional de Saúde (DNS). Quando extinta, em 1990, a FSesp teve seus quadros incorporados à Superintendência de Campanhas, integrando a Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

A criação do Sesp ocorreu em pleno Estado Novo e sua configuração não pode ser dissociada das diretrizes político-ideológicas e institucionais então empreendidas pelo regime varguista. Após a Revolução de 1930, Vargas sinalizou seu desejo de distanciamento do passado oligárquico fundando uma 'Nova República', contraposta à 'Velha'. Os tempos eram de crítica ao liberalismo e aos 'excessos' do federalismo, acusado de transformar o Brasil num domínio de oligarquias e excluir o 'povo' da nação. O governo provisório encaminhou várias medidas centralizadoras, além de implementar políticas sociais de previdência e saúde, por meio da criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e do Ministério da Educação e

Saúde Pública. Entretanto, o período que vai até 1937 é ainda de muita instabilidade, provocada pelas disputas em torno do novo desenho institucional para o Estado e a sociedade brasileira – havia muita discordância com a orientação centralizadora, corporativista e autoritária implementada pelo executivo federal.

Com o golpe de 1937, venceram aqueles que advogavam uma 'modernização conservadora', o que garantiu grande autonomia, embora não absoluta, ao Estado (Pandolfi, 2003; Vianna, 2001; Diniz, 1986). O Estado autoritário, com um discurso nacionalista, promoveu a modernização e a integração econômica do país e acentuou o processo de centralização já em curso, não apenas com a eliminação dos partidos e das instituições representativas, mas também com uma reforma administrativa que objetivava burocratizar a máquina pública (Warlich, 1983). Ao mesmo tempo, ampliou o controle político sobre os trabalhadores e promoveu a extensão da rede de proteção social por meio de políticas de previdência e de saúde públicas (Fonseca, 2005; Malloy, 1979).

Ao fim do Estado Novo, altera-se a configuração política e institucional do país, mas preserva-se, durante a experiência democrática que se sucedeu, grande parte da herança corporativista e centralista, inclusive no plano das políticas sociais. Na década de 1950, são tomadas medidas no sentido de estimular o crescimento econômico e a expansão da autoridade pública sobre o território nacional, mediante a criação de novas instituições e a implementação de planos regionais e nacionais de desenvolvimento. No plano externo, a Guerra Fria e as políticas de 'cooperação técnica' reorientam as relações entre o Brasil e os Estados Unidos. Diante dessa nova conjuntura, as políticas de saúde do Sesp no Brasil também serão redesenhadas.

Apesar de ter sido criada como uma agência temporária de guerra, o Sesp existiu durante 48 anos e sempre foi objeto de grandes polêmicas e paixões, motivadas por suas ações e prioridades no campo da saúde pública e pelo seu modelo institucional. Contribuiu também, e muito, para tais divergências a sua situação de autonomia dentro do Ministério da Saúde: desvinculado dos demais órgãos da administração sanitária, o Sesp operava, especialmente até 1960, com um orçamento e um plano de cargos e salários invejáveis em comparação com a administração pública direta. Seus vínculos técnicos, institucionais e simbólicos com os norte-americanos e sua competência técnico-científica criaram um *ethos* e eram motivos de orgulho para os 'sespianos', ao mesmo tempo em que se tornaram

razões para as acusações de antipatriotismo por parte de seus adversários. O médico Mário Magalhães, por exemplo, considerava o Sesp uma "organização tipicamente americana e extremamente cara que, praticamente, não trouxe nenhum benefício para o Brasil" (Magalhães, 1980: 206). A polêmica não se restringia aos sanitaristas, envolvendo também economistas envolvidos com planejamento. Para Kertesz,

> muitos dos nossos planejadores, fascinados com a experiência de saúde dos norte-americanos, pretendiam seu transplante puro e simples. (...) A Fundação Sesp consagrou-se como um exemplo de mau planejamento com a adoção muito eficiente deste enfoque. (Kertesz, 1975, apud Rosas, 1981: 42)

Já para um superintendente da FSesp, os melhores salários se justificavam porque "para um cidadão trabalhar em condições difíceis da natureza, em áreas difíceis da Amazônia, ele recebia uma retribuição financeira mais adequada aos riscos que ele corria e ao sacrifício que fazia" (Villas Boas, 1995, apud Fonseca, 2000: 405).

Um dos elementos desta polêmica dizia respeito ao modelo de administração sanitária do Sesp, diverso daquele implantado pelo DNS durante o primeiro Governo Vargas. Entretanto, como pretendemos mostrar, existiam muitos pontos em comum e mesmo colaboração entre ambos os modelos. Por um lado, porque os princípios de administração sanitária seguidos pelo Sesp e pelo DNS partilhavam orientações e idéias discutidas em fóruns internacionais. Por outro, o campo da administração da saúde pública no Brasil era um laboratório de muitas experiências, configurando-se, ainda na década de 1930, como um modelo de administração sanitária que combinava elementos de tradições diversas, como mostra Merhy (1992), para o caso de São Paulo, e Fonseca (2005), no plano do governo federal. Portanto, apesar de ser freqüente na fala dos atores engajados no campo da saúde pública o tema do conflito, existiam muitos pontos em comum entre os 'modelos' de administração sanitária; as divergências situavam-se em outros campos, entre os quais, e talvez principalmente, o da política.

Criado no contexto da Segunda Guerra Mundial, para o governo norte-americano, o Sesp foi planejado para ser uma agência temporária, encarregada de políticas sanitárias pontuais em regiões produtoras de matérias-primas estratégicas – a Amazônia e o Vale do Rio Doce. Para o governo brasileiro, entretanto, as políticas sanitárias do Sesp adequavam-se perfeitamente àquelas elaboradas pelo Ministério da Educação e Saúde e

ao processo de *state and nation building* do primeiro Governo Vargas. Ou seja, estavam plenamente integradas ao projeto de desenvolvimento e expansão da autoridade pública nos 'sertões' (Lima, 1999) brasileiros durante a Era Vargas. Seguindo as observações de Charles Tilly (1975: 3-83) sobre a formação dos Estados nacionais, podemos sugerir o quão importante foi o papel do Sesp, enquanto uma 'organização governamental', no Brasil, ao estabelecer 'relações de rotina' com populações isoladas na vastidão dos 'sertões' brasileiros. Além dos aspectos simbólicos representados pela introdução de um provimento de rotina de atenção à saúde das populações do interior, os efeitos da contratação de funcionários para as unidades do Sesp não devem ser menosprezados como fator de importância na criação de lealdade com o poder público. Neste caso, não nos referimos aos médicos e administradores enviados das capitais, mas aos funcionários recrutados localmente – guardas sanitários e enfermeiras visitadoras, principalmente –, cujas referências políticas estavam, até então, limitadas aos oligarcas locais.

A sobrevivência do Sesp no pós-guerra está ligada, no plano internacional, às novas funções que a saúde pública internacional adquiriu na bipolaridade pós-1947 e, internamente, aos projetos de desenvolvimento do Estado brasileiro. Entre o final da década de 1940 até o final da década de 1980, as 'políticas internacionais de saúde' – cujo conceito pressupunha relações entre Estados nacionais soberanos – estiveram definidas e orientadas pela Guerra Fria, e transformaram-se em instrumento de propaganda e demonstração de superioridade política e tecnológica dos países capitalistas desenvolvidos (Bown, Cueto & Fee, 2006). Num contexto internacional marcado pelo início da Guerra Fria e pela 'invenção do desenvolvimento' (Escobar, 1995), o Sesp reorientou seus objetivos no Brasil, associando-se aos projetos de desenvolvimento do Estado brasileiro na década de 1950, construindo saúde pública nas regiões mais subdesenvolvidas do país e servindo também como agência-modelo a demonstrar os efeitos positivos da 'cooperação técnica' entre os Estados Unidos e o Brasil. Como declarou um superintendente da FSesp,

> nós fomos feitos para trabalhar no interior e nas áreas de valorização econômica e de desenvolvimento de colonização (...) Áreas de interesse governamental (...) para se levar à população aquilo que ela não tinha de jeito nenhum. (Villas Boas, 1995, apud Fonseca, 2000: 405)

Neste sentido, apesar de seu caráter internacional e de seu modelo de administração sanitária inspirado em padrões norte-americanos, as políticas de saúde do Sesp no Brasil nunca constituíram uma via de mão

única, mas foram marcadas por conflitos, negociações e adaptações. A tradição sanitária brasileira, a diversidade política, econômica e cultural do país e os interesses do Estado brasileiro determinaram respostas locais aos enunciados do Iaia. Esta perspectiva está teoricamente explicitada por Stern (1998: 47-68), que, afastando-se dos conceitos de 'centro' e 'periferia', afirma que as 'instituições internacionais' do chamado 'sistema mundial' não são entidades homogêneas e monolíticas, mas sim arenas de poder e de disputa cultural. Ou seja, as instituições internacionais não impõem, simplesmente, suas normas e procedimentos à 'periferia', mas sim interagem com as realidades 'locais', o que faz com que suas ações sejam moldadas/negociadas pelos interesses dos países onde atuam.

Para uma melhor compreensão da relação entre as diretrizes internacionais e as expectativas locais, ou seja, para entendermos como funciona a dialética no interior dessas 'arenas', a identificação da presença e/ou ausência de algumas variáveis é fundamental. Entre as mais significativas, estão a importância do Estado em cada país e a existência ou não de um sentimento ou movimento nacionalista, além da presença ou ausência de uma tradição científica e/ou de políticas sanitárias já consolidadas. Um exemplo, num país pequeno, de interação entre instituições internacionais e locais está no estudo de Steven Palmer sobre a atuação da Fundação Rockefeller na Costa Rica da década de 1910. Palmer atentou para a 'precedência periférica' daquele país na erradicação da ancilostomíase, mostrando como "indivíduos, grupos intelectuais e instituições costarriquenhos foram capazes de transformar os esforços da Fundação em um veículo de consolidação de um projeto de saúde pública já existente, de feitura local", e como a atuação da Rockefeller "reforçou e expandiu o alcance do Estado costarriquenho" (Palmer, 2004: 220-221). O estudo de Castro-Santos também apontou como as atividades da Fundação Rockefeller no Brasil foram delimitadas pelas variáveis locais, no caso a força do movimento sanitarista das décadas de 1910 e 1920, que "influenciou sensivelmente" as diretrizes da atuação da Fundação, "exigindo que o Estado detivesse o poder de avaliar e controlar os serviços da Missão", difundindo o ideário e os objetivos da Liga Pró-Saneamento em todos os empreendimentos realizados pela Rockefeller no país (Castro-Santos, 2003: 198).

Para o período em foco, o trabalho de Cristina Fonseca (2005) mostrou claramente como a institucionalização da saúde pública no Brasil durante o primeiro Governo Vargas "aproximava-se, em muitos aspectos, das propostas então debatidas em fóruns internacionais da área da saúde".

Neste sentido, os pontos em comum entre a agenda internacional de saúde e o projeto de *state and nation building* do Estado Novo tornaram-se uma variável a ser considerada para o "fortalecimento interno dos propósitos governamentais." (Fonseca, 2005: 178). Assim, existia um duplo movimento entre os interesses e especificidades do Brasil e a agenda sanitária em debate nas arenas internacionais, que era preconizada particularmente pelos Estados Unidos, e que incorporava as prioridades de ação de saúde "defendidas em congressos e conferências patrocinadas pela Oficina Sanitária Pan-americana" (Fonseca, 2005: 180).

Procurando consolidar-se como fórum de interação entre os diversos países do subcontinente, entre 1930 e 1945, a Oficina Sanitária Pan-americana realizou vários congressos., incorporando, a partir do início da Segunda Guerra, questões sanitárias decorrentes do conflito, para as quais os americanos passaram a dar uma especial atenção. A interação entre a agenda político-ideológica do regime Vargas e a pauta internacional de saúde pública, definida nos fóruns internacionais, materializou-se de diversas formas: pela especialização de médicos sanitaristas brasileiros na Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health – movimento que vinha da década de 1910; pela participação crescente de médicos brasileiros em instituições internacionais; e por intermédio de acordos de colaboração entre governos para combate a doenças ou para a criação de instituições de saúde com financiamento e apoio técnico norte-americanos (Fonseca: 2005: 181-182).[1] Esta última forma de interação entre a agenda internacional e a nacional é perfeitamente exemplificada pelo Sesp. As políticas sanitárias do Sesp, fruto das relações entre governo, instituições e profissionais de saúde norte-americanos e brasileiros, não se constituíram simplesmente em importação acrítica, porém refletiram uma transação com as tradições políticas e culturais internacionais e locais.

O campo de estudos da história da saúde não se encontra apenas em expansão, mas também em renovação. Até o final da década de 1980, grande parte dos trabalhos estavam marcados por duas grandes tradições, mapeadas por Doroty Porter (1994) em um livro de ensaios cujo objetivo era questionar os modelos 'heróico' e 'anti-heróico'. A tradição 'heróica' ou 'otimista' originou-se com o trabalho de George Rosen (1958), que, diversamente dos positivistas, escreveu uma história da saúde dentro de seu contexto econômico e social. Esta abordagem, 'otimista', creditava à medicina a capacidade de livrar a humanidade das doenças e, ao Estado

democrático, a obrigação com o provimento dos direitos de bem-estar social. Em tal perspectiva, caberia aos médicos e cientistas um papel 'heróico', posto que estariam a serviço da ciência e da melhoria das condições de vida. Os médicos-historiadores que compartilhavam dessa perspectiva estavam engajados em reformar a medicina, fazendo-a mais social e preventiva. Esta tradição foi questionada pela narrativa 'anti-heróica' ou 'pessimista', originada a partir dos trabalhos de Michel Foucault e seus seguidores. A tradição 'anti-heróica' interpretou a medicina e a saúde pública, a psiquiatria e outras ciências como parte dos 'saberes' que a sociedade moderna utilizou para controlar e disciplinar o corpo social, e viu no médico, aliado do Estado, um agente deste processo (Porter, 1994).

Atualmente, há uma vasta produção no campo da história da saúde pública, que rompeu com esses limites interpretativos e adotou uma perspectiva multi e interdisciplinar. Mais recentemente, Armus (2002, 2003) e Hochman & Armus (2004), ao mapearem as tendências da produção deste campo na América Latina, identificaram um quadro bem mais complexo do que o descrito por Porter. Segundo os autores, a produção histórica renovada "pode ser apresentada como uma espécie de mosaico de enfoques, estilos, objetos e narrativas", apenas unificado pela negação a modelos, práticas e certezas que, até recentemente, eram consensuais. Apesar da complexidade encontrada, os autores identificam três estilos narrativos "que de algum modo buscam romper com a tradicional história da medicina". O primeiro, uma nova 'história biomédica', que – entre outras variáveis – rejeita a visão dicotômica do papel da medicina, busca compreender a produção histórica do saber médico, interpretar a história da doença como um processo biossocial e analisar as redes e intercâmbios pessoais e institucionais entre as comunidades científicas. Um segundo estilo narrativo produz uma história da saúde pública que "focaliza o poder, o Estado, as políticas, as instituições e os profissionais e os impactos das intervenções sanitárias", observando as relações entre as instituições sanitárias e as estruturas políticas, econômicas e sociais, e busca na história ensinamentos para as ações contemporâneas, concedendo protagonismo para médicos e sanitaristas. A terceira e mais recente tendência engloba os estudos de uma 'história sociocultural da doença', com forte influência da antropologia e dos estudos culturais. Entre alguns de seus temas, encontram-se os

processos de profissionalização e burocratização, as relações entre medicina, conhecimento e poder, as condições de vida, as respostas estatais e sociais às epidemias, as influências e os intercâmbios internacionais no desenvolvimento médico-sanitário nacional e local, as políticas de saúde, ideologias e processos mais amplos de construção dos Estados nacionais. (Hochman & Armus, 2004: 12-16)

A historiografia brasileira sobre saúde pública, apesar de alguns poucos trabalhos clássicos anteriores, despontou na década de 1970 e se desenvolveu a partir daí.[2] Herdou bastante da tradição foucaultiana, apesar de serem importantes também os trabalhos inspirados em George Rosen e Juan César García.[3] Apesar de relativamente numerosa, tem concentrado sua atenção especialmente no período 1870-1930; ainda são poucos os trabalhos que se aventuram pelo período colonial ou o pós-1930.[4] Grande parte da bibliografia brasileira sobre história da saúde pública no século XX focalizou o período da chamada República Velha. Um número expressivo de textos analisou as ações sanitárias na cidade do Rio de Janeiro e suas relações com os interesses econômicos e as políticas de 'modernização' e 'civilização' do país, o 'controle' sobre as classes populares, bem como suas 'resistências'. [5] Parte desta bibliografia analisa as iniciativas de saúde pública em São Paulo, apontando o pioneirismo deste estado na execução de um serviço sanitário complexo e que, muitas vezes, serviu de modelo para outras inciativas tomadas em outros estados ou pela União. Em muitas interpretações observamos a lógica de se associar políticas de saúde a interesses econômicos, sejam para favorecer a imigração e os produtores de café ou para favorecer os investimentos internacionais e nacionais.[6] Registremos também os estudos sobre a atuação, no Brasil, da Fundação Rockefeller, no combate a determinadas doenças, na institucionalização de políticas sanitárias e na formação profissional em cooperação com a União ou governos estaduais.[7] Ainda importantes são os trabalhos sobre o chamado 'movimento sanitarista' e suas implicações simbólicas e políticas para a construção da nacionalidade, por conta das reformas dos serviços sanitários e, principalmente, pela criação de "agências e polítiticas governamentais em saúde pública (...) que possibilitaram uma maior presença dos serviços sanitários federais nos Estados (...) abrindo espaço para ações mais centralizadoras nas décadas seguintes" (Hochman, 2005: 205).[8]

Este livro se identifica com uma bibliografia recente sobre história das políticas de saúde no Brasil, que atesta o papel das políticas sanitárias

como instrumento de fortalecimento do poder público. Referimo-nos aqui ao argumento de Hochman (1998, 2001), Hochman & Fonseca (2000) e Fonseca (2005), que aponta as políticas de saúde como meio de expansão da autoridade pública e de construção do Estado nacional. Os trabalhos mencionados dialogam com Castro-Santos (1985, 1987), que analisou as políticas de saúde na República Velha numa perspectiva da sociologia histórica. Para Castro-Santos, apesar de o movimento pelo saneamento do 'sertão' ter tido desdobramentos concretos ínfimos, sua importância residiu no papel desempenhado como ferramenta de construção simbólica da nacionalidade brasileira.

Partindo do argumento de que a saúde pública foi parte constitutiva do processo macro-histórico de formação do Estado nacional no Brasil, Hochman (1998), ao invés de privilegiar a dimensão simbólica do movimento sanitarista, analisou o resultado político daquele processo no que se refere à construção de aparatos estatais para a implementação do saneamento do 'sertão'. Segundo o autor, a configuração política que levou à criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, teve resultados materiais significativos. Isto porque criou as condições políticas e institucionais para que a União ampliasse sua presença no território nacional, utilizando-se de acordos com os estados, num movimento que, no limite, implicava maior centralização e expansão da autoridade federal.

Em trabalho recente, Fonseca (2005) faz uma análise detalhada das políticas de saúde pública durante o primeiro Governo Vargas, inserindo-as no projeto político mais amplo de constituição do Estado brasileiro elaborado no pós-1930. Segundo a autora, o movimento sanitarista foi incorporado ao "projeto político-ideológico do governo", de expansão da autoridade federal no interior do país, justificado pela crítica ao federalismo realizada pelo pensamento autoritário. Na proposta de construção do Estado no regime Vargas, as ações de saúde pública significaram a criação de serviços que atingissem todo o território nacional, segundo um "sistema centralizado de gestão". No processo de construção das estruturas estatais, os sanitaristas foram incorporados "por meio da profissionalização, um dos elementos constituintes do processo de burocratização do Estado". Assim, a "burocracia contribuiu para a conformação de um arcabouço institucional de saúde pública em todo o país", que moldou os serviços sanitários e normatizou e regulou sua atuação (Fonseca, 2005: 20, 7, 20).

Apesar de guardar alguns elementos de continuidade ao longo de todo o primeiro Governo Vargas, a institucionalização da saúde pública

adquiriu especificidades quando do advento do Estado Novo. Desde então, o sistema dependeu principalmente da iniciativa do poder executivo, o que não excluía uma articulação com os estados e municípios, isto em um modelo de Estado autoritário que concentrava poder no executivo federal e, por extensão, concedia bastante autonomia ao ministro Gustavo Capanema (1934-1945). Se a primeira reforma do Ministério da Educação e Saúde (1934-1937), comandada por Capanema, levou dois anos para ser aprovada, a segunda, realizada em 1941, foi aprovada em um mês.[9] Foram estas reformas que definiram a política de saúde pública do Estado Novo, cujas diretrizes permaneceram, sem maiores alterações, até a reforma de 1956. Com elas, acentuou-se o processo de centralização, normatização e profissionalização das políticas de saúde pública, que continuaram, deste modo, a desempenhar um papel importante na construção do Estado nacional. A organização de serviços de saúde de caráter abrangente e universal – agenda encaminhada pelo Estado Novo – significou a ampliação da presença do governo federal sobre territórios e populações muitas vezes, até então, submetidas apenas ao domínio das oligarquias locais. Os serviços de saúde passaram, cada vez mais, a estabelecer vínculos entre o governo central e as populações do vasto 'sertão' brasileiro, firmando-se como ferramentas de influência da União sobre as instâncias locais (Hochman & Fonseca, 2000; Fonseca, 2005).

Neste sentido, nosso argumento é que as políticas de saúde empreendidas pelo Sesp estão plenamente integradas à agenda sanitária de Capanema e, portanto, também serviram ao projeto varguista de expansão da autoridade central sobre o território brasileiro. O Sesp encaminhou políticas sanitárias voltadas para as populações do interior, objetivando combater as grandes endemias do 'sertão'; montou uma rede de unidades sanitárias e outros equipamentos; construiu e administrou escolas de enfermagem, hospitais e centros de saúde, além de sistemas de água e esgoto; normatizou técnicas e procedimentos; contratou e expandiu uma burocracia; estabeleceu convênios com estados e municípios para construir, normatizar e expandir saúde pública; formou mão-de-obra qualificada; empreendeu educação sanitária; enfim, nada que fugisse à agenda de saúde pública estabelecida por Gustavo Capanema, e que viria a se prolongar pela década de 1950. A trajetória do Sesp, portanto, nunca deixou de estar afinada aos interesses do Estado brasileiro.

Apesar da importância do Sesp no contexto das políticas sanitárias da Era Vargas, a agência não foi até agora objeto de estudos aprofundados

no campo da história. A bibliografia sobre o Sesp é reduzida: há um livro memorialístico e duas dissertações de mestrado. O livro memorialístico de Bastos (1993), ex-superintendente do Sesp, tem uma abordagem 'heróica' tradicional na sua tentativa de fazer uma 'evolução histórica' da agência sem, no entanto, contextualizar seu objeto. Finalmente, há também o artigo de Fonseca (1989), abordando o tema da educação sanitária, um dos grandes campos de atuação do Sesp. O primeiro estudo acadêmico produzido sobre o Sesp foi uma dissertação de mestrado, defendida em 1976 na Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas. Seu argumento procurava demostrar como o Sesp, enquanto um órgão burocrático de tipo weberiano, foi capaz de difundir sua organização moderna, suas normas e valores para outras agências, contribuindo para desenvolver eficiência administrativa no sistema de saúde (Peçanha, 1976). Outra dissertação de mestrado, produzida no departamento de administração pública da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foi bastante influenciada pela perspectiva 'anti-heróica' da história da saúde pública, pois defende a tese de que as políticas de saúde do Sesp tinham por objetivo disciplinar e controlar as populações do interior (Pinheiro, 1992).

Este livro é, portanto, o primeiro trabalho voltado para o conhecimento do Sesp enquanto agência responsável pela institucionalização das políticas de saúde pública no Brasil. Abordamos não apenas as realizações da agência, mas as marcas significativas por ela impressas na estrutura sanitária do Ministério da Saúde em diversos campos: assistência às populações do interior, formação profissional, institucionalização administrativa, educação sanitária, para citar apenas algumas. A trajetória do Sesp, longe de expressar um processo conflituoso com as políticas de saúde implementadas pelo DNS, veio somar-se às políticas por ele implementadas. Daí que esmiuçar a história do Sesp é também importante para a reflexão sobre um passado recente, que nos legou heranças que ainda perduram no campo da saúde pública. Por outro lado, o estudo das origens do Sesp e de sua história nos ajuda a compreender como as 'políticas internacionais de saúde', desenhadas no século XX, interagiram com as políticas nacionais e fomentaram instituições que balizaram as ações de saúde no século passado.

Finalmente, conhecer a história do Sesp torna-se bastante oportuno quando observamos a tendência contemporânea de se repensar o conceito de 'saúde internacional', conceito este que, refletindo o processo de globalização, vem sendo rapidamente substituído pelo de 'saúde global'.

Por 'saúde pública internacional' entendemos as ações focalizadas no controle de epidemias entre fronteiras nacionais e também as inter-relações entre Estados nacionais no âmbito das políticas e práticas de saúde pública. O conceito surgiu nas primeiras décadas do século XX, e fortaleceu-se depois da Segunda Grande Guerra, quando a saúde pública internacional foi fortemente influenciada pela Guerra Fria e basicamente centrada na Organização Mundial da Saúde (OMS). Atualmente, dentro do quadro histórico e político mais amplo da globalização, notamos a perda da centralidade da OMS, paralelamente à emergência do conceito de 'saúde global', que evoca uma agenda sanitária voltada para as populações do planeta, sem distinção de interesses nacionais, e que reconhece a importância crescente de outros atores além dos sanitaristas, dos governos nacionais e suas agências, como por exemplo, as organizações não-governamentais (Brown, Cueto & Fee, 2006).

O livro encontra-se dividido em nove capítulos. No primeiro situamos a origem do Sesp no contexto das relações interamericanas e das estratégias do Governo Vargas, a partir das condições colocadas pela Segunda Guerra, além de apresentarmos as relações institucionais estabelecidas entre o Sesp e o Iaia. No segundo capítulo sumarizamos as negociações entre os governos americano e brasileiro no estabelecimento de bases militares no litoral brasileiro, descrevemos as condições nosológicas da região, a partir dos relatórios médico-militares preparados com o objetivo de proteger a saúde dos soldados norte-americanos no Brasil. No capítulo seguinte examinamos as políticas de controle de malária nas bases norte-americanas de Belém, Recife e Natal, enfatizando o papel do Sesp em sua execução, além dos conflitos entre brasileiros e norte-americanos. No quarto, o Programa da Amazônia, ou seja, as políticas sanitárias empreendidas pelo Sesp no vale amazônico com o objetivo de aumentar a produção de borracha para o 'esforço de guerra'. Na seqüência, analisamos o Programa de Migração, um esforço coordenado de várias agências governamentais, subsidiado pelos Estados Unidos, para levar trabalhadores do Nordeste para os seringais amazônicos, engajando-os na 'batalha da borracha'. Já no capítulo 6, estudamos os Programas do Rio Doce e da Mica, ou seja, as políticas sanitárias realizadas pelo Sesp no Vale do Rio Doce e nas regiões produtoras de mica em Minas Gerais e Goiás, objetivando o aumento da produção de minerais estratégicos para os Aliados. No sétimo tratamos da transição que o Sesp e o Iaia vivenciaram no pós-guerra, suas

estratégias de sobrevivência e o papel que passam a desempenhar num mundo caracterizado pela Guerra Fria, pela 'invenção do desenvolvimento' e pela ressignificação da saúde internacional. No oitavo, do papel do Sesp na expansão do modelo distrital de administração sanitária durante a década de 1950, como promotor de saúde pública em regiões 'subdesenvolvidas', alvo dos planos regionais de desenvolvimento do Estado brasileiro. Finalmente, no capítulo 9 abordamos a relação entre o modelo de administração sanitária do Sesp e a agenda sanitária encaminhada pela administração Capanema no Ministério da Educação e Saúde, ressaltando a sintonia entre os dois processos, além de analisarmos as tensões entre o Sesp e outras propostas de administração sanitária existentes no Brasil da década de 1950.

Versões preliminares deste livro já foram publicadas sob a forma dos seguintes artigos: La expansion de la autoridad estatal y el Servicio Especial de Salud Pública en el Brasil, 1942-1960. *Dynamis – Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 25: 227-256, 2005; O Instituto de Assuntos Interamericanos e seu programa de saúde no Brasil: políticas internacionais, respostas locais. *Transit Circle - Revista brasileira de estudos americanos*, 4, Nova Série: 78-95, 2005; Políticas internacionais de saúde pública na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública. In: GOMES, A. M. C. (Org.) *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV, Bragança Paulista: Universidade São Francisco, 2000. p.195-220; Combatendo nazistas e mosquitos: militares norte-americanos no Nordeste brasileiro (1941-1945). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, V(3): 603-620, 1998/1999; The Institute of Inter-American Affairs and its Health Policies in Brazil during World War II. *Presidential Studies Quarterly*, XXVIII(3): 523-534, 1998.

Notas

[1] Um dos mais assíduos representantes brasileiros nas conferências e fóruns internacionais foi João de Barros Barreto, diretor do Departamento Nacional de Saúde (1937-1945) e responsável pela reformulação institucional da saúde pública na Era Vargas.

[2] Entre os trabalhos clássicos, de tradição positivista, merece destaque o livro de Santos-Filho, L. C. *História da Medicina no Brasil* (2 vols.). São Paulo: Brasiliense, 1947.

[3] Os trabalhos que nas décadas de 1970 e 1980 iniciam uma tradição foucaultiana são os já também clássicos Machado, R. et al. *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978; Costa, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979; Luz, M.T. *Medicina e Ordem Política Brasileira: políticas e instituições de saúde*, 1850-1930. Rio de Janeiro: Graal, 1982; Luz, M.T. *Instituições*

Médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1986, esta última autora utilizando-se também dos trabalhos de Antônio Gramsci, especialmente aqueles sobre intelectuais, hegemonia, cultura e poder. Entre os trabalhos em que observamos a influência de Rosen está Costa, N.R. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário – Origens das políticas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1985. Sobre Juan César García ver Nunes, E. D. (Org.) *Juan César García: o pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.

4 Alguns exemplos para o período colonial são: Pinheiro, M. M. *A Ciência nos Trópicos. A arte médica no Brasil do século XVIII*. São Paulo: Hucitec, 1997 e Marques, V. R. B. *Natureza em Boiões: medicinas e boticários no Brasil setecentista*. Campinas: Ed. da Unicamp, 2000. Exemplos para o período pós-1930: Braga & Paula (1981); Merhy (1992); Hochman (2001e 2005); Hochman & Fonseca (2000); Campos (2000 e 2005); Fonseca (2005).

5 Por exemplo: Benchimol, J. L. *Pereira Passos: um haussmann tropical*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esporte – Divisão de Editoração, 1990; Rocha, O. P. *A Era das Demolições. Cidade do Rio de Janeiro: 1870-1920*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura – Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, 1986; Sevcenko, N. *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Brasiliense, 1984; Carvalho, J. M. *Os Bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Cia. das Letras, 1987; Costa, N. R. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1985.

6 Alguns exemplos da bibliografia sobre São Paulo: Castro-Santos, L. A. Reforma sanitária "pelo alto": o pioneirismo paulista no início do século XX. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, 36(3): 361-392, 1993; Ribeiro, M. A. *História Sem Fim... Inventário da saúde pública, São Paulo – 1880-1930*. São Paulo: Unesp, 1993; Telarolli Jr., R. *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Unesp, 1996; Merhy, E. E. *O Capitalismo e a Saúde Pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo*. Campinas: Papirus, 1985; Merhy, E. E. *A Saúde Pública como Política: São Paulo, 1920-1948. Os movimentos sanitários, os modelos técnico-assistenciais e a formação das políticas governamentais*. São Paulo: Hucitec, 1992.

7 Exemplos: Castro-Santos, L. A. & e Faria, L. R. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da primeira república*. Bragança Paulista: Edusp, 2003; Marinho, M. G. *Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)*. Campinas (SP): Autores Associados, São Paulo: Universidade São Francisco, 2001.

8 Alguns exemplos de publicações sobre o movimento sanitarista: Castro-Santos (1985); Hochman (1998); Lima (1999).

9 A proposta de reorganização do DNS foi apresentada por Capanema em 24 de março de 1941 e aprovada por Vargas em abril. Entretanto, para a primeira reforma empreendida por Capanema, o projeto de lei percorreu, durante dois anos, todas as instâncias definidas pela Constituição de 1934 (Fonseca, 2005: 217-218, 149).

Parte I

Prelúdio

1

O Instituto de Assuntos Interamericanos e o Serviço Especial de Saúde Pública

No início do século XX, a difusão do conhecimento médico fundamentado na bacteriologia ganha destaque como suporte científico para as políticas de saúde pública. Este fato, entretanto, não obscurece as variáveis não-científicas que embasam as decisões governamentais na área, sempre modeladas por uma confluência de elementos econômicos, políticos e culturais de um dado contexto histórico. Além da medicina científica, uma outra variável começa a exercer um crescente papel na determinação das políticas públicas de saúde no século XX: a política e a diplomacia internacionais. À medida que o comércio e a expansão dos meios de transporte contraem, cada vez mais, a concepção de tamanho do mundo, os governos dos Estados nacionais começam, por sua vez, a reconhecer a interdependência de todos os povos e nações no que tange às doenças infecciosas (Roemer, 1994).

O intercâmbio de mercadorias, pessoas e patologias é tão antigo quanto a civilização e, a partir da expansão européia e do 'imperialismo ecológico', torna-se um fenômeno de dimensão global (Crosby, 1994). Apesar da antiguidade do intercâmbio de doenças, apenas no século XIX, no entanto, com a experiência das pandemias de cólera e com as descobertas de laboratório, a consciência da interdependência sanitária leva os Estados nacionais a organizarem uma série de conferências para tratar da ameaça das enfermidades num contexto internacional. Estas conferências representavam, ao mesmo tempo, fóruns científicos e políticos: no primeiro caso, porque expressavam as controvérsias da medicina sobre as origens e formas de transmissão das doenças; no segundo, porque os representantes

dos países participantes tentavam acordar métodos e políticas de controle sobre as principais ameaças sanitárias do tempo: o cólera, a febre amarela e a peste bubônica (Lima, 2002).

À Conferência Sanitária Internacional de Paris, em 1851, seguiu-se uma série de encontros similares, marcadas por decisões e acordos ainda bastante incipientes entre os Estados participantes. De significativo, apenas uma conferência realizada em 1893, em Dresden, em que se reconheceu a importância de um sistema de informação epidemiológica mundial. Em 1907, foi fundado o Escritório Internacional de Higiene Pública – a Oficina de Paris, o primeiro organismo de saúde internacional com certa estabilidade, composto originalmente por 23 países europeus. Ao término da Primeira Guerra Mundial, instituiu-se a Organização Sanitária da Liga das Nações, mais eficaz em sua ação internacional do que a Oficina de Paris; e, após a Segunda Guerra Mundial, as Nações Unidas criaram a Organização Mundial da Saúde, a OMS (Rosen, 1994; Roemer, 1994; Cueto, 2004).

Definitivamente, nas primeiras décadas do século XX a questão da saúde pública internacional ingressou na agenda da política e da diplomacia dos Estados nacionais. Nas Américas, o comércio e a expansão norte-americana pelo continente também estimularam a formação de organismos que regulassem os temas referentes à saúde pública, no que a Quinta Conferência Sanitária Internacional de 1881, ocorrida em Washington, transformou-se num marco. Ao final do século XIX, tornou-se comum que países latino-americanos assinassem acordos para uniformizar regras de quarentena e desinfecção de navios, sendo o primeiro assinado em 1887 por Argentina, Brasil e Uruguai. Em 1902, a Segunda Conferência Internacional dos Estados Americanos gerou a Oficina Sanitária Internacional – em 1911 rebatizada de Oficina Sanitária Pan-Americana –, responsável pela organização de diversas conferências no continente e de um Código Sanitário Marítimo Internacional (Cueto, 2004; Lima, 2002).[1] Agência de saúde pública internacional mais importante até a criação da OMS, em 1948, a Divisão Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller, fundada em 1913, desempenhou um papel de bastante relevância nas Américas e em outros continentes (Farley, 2004). As políticas internacionais de saúde fortaleceram-se imensamente no contexto da Guerra Fria, sendo a OMS a líder inquestionável da agenda sanitária internacional pelo menos até o final da década de 1990, quando esta hegemonia começa a ser perdida (Brown, Cueto & Fee, 2006).

Além do comércio internacional, as guerras reforçaram, na primeira metade do século XX, o interesse pela chamada 'medicina tropical' e pela cooperação sanitária por intermédio de agências internacionais. A Segunda Guerra Mundial, particularmente, alertou o governo norte-americano para a ameaça das doenças transmissíveis, doravante interpretadas como um problema estratégico a ser enfrentado nos campos de batalha, nas suas áreas de influência e mesmo no próprio território, depois do retorno das tropas das chamadas regiões tropicais. Como afirmou um especialista, "médicos e estudantes de medicina americanos não estão familiarizados com as doenças tropicais (...) e agora estão encontrando o desafio de tratar de soldados e civis americanos nos trópicos" (Bercovitz, 1944: Foreword). Em função disto, multiplicaram-se os investimentos voltados para o estudo das doenças tropicais e seu tratamento. A partir de 1943, por exemplo, um vigoroso programa de entomologia médica foi promovido no Laboratório Gorgas, no Panamá. Com a mesma preocupação, o exército americano criou uma Escola de Controle de Malária, com 15 filiais espalhadas por bases militares dos Aliados.[2]

As guerras também incitaram a assinatura de acordos de cooperação, entre governos, para planejamento e execução de políticas de saúde internacionais. Objeto deste livro, o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) foi criado em 1942 como produto da política externa norte-americana na conjuntura da Segunda Guerra Mundial. A organização do Sesp seguiu-se às decisões tomadas no Terceiro Encontro de Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, ocorrido no Rio de Janeiro em 1942, logo após o ataque japonês a Pearl Harbor. Além das urgências de uma diplomacia de guerra, outras variáveis contribuíram para a organização desta agência bilateral de saúde pública: os exércitos aliados precisavam de borracha, ferro e outras matérias-primas brasileiras, estratégicas; os soldados americanos enviados para as bases militares no Brasil necessitavam de proteção contra as chamadas doenças tropicais; e, ainda, os trabalhadores brasileiros envolvidos na produção de borracha e minerais estratégicos precisavam de prevenção e cuidados contra malária e outras doenças infecciosas. O Governo Vargas, então, aproveitou-se desta súbita demanda por matérias-primas para aprofundar seu programa de desenvolvimento econômico e fortalecimento do Estado nacional, interesses alinhavados por todo um discurso que permeava as notas diplomáticas e as falas oficiais, enfatizando o novo conceito de 'cooperação' entre os 'bons vizinhos' das Américas: os Estados Unidos e as 'outras' repúblicas americanas.

As Raízes da 'Ação Cooperativa' Norte-Americana

No mês de março de 1944, o Instituto de Assuntos Interamericanos (Iaia) celebrou o segundo aniversário do seu 'programa cooperativo de saúde e saneamento' na América Latina.[3] Na ocasião, o diretor da Divisão de Saúde e Saneamento do Iaia, George C. Dunham, fez um balanço dos objetivos e metas alcançados, usando como exemplos boa parte dos projetos em curso no Brasil, embora o programa de saúde da entidade não abrangesse acordos com todas as repúblicas latino-americanos, com exceção de Cuba e Argentina.[4] Naquela data, o Iaia empregava 181 técnicos norte-americanos, em sua maioria médicos, enfermeiras, engenheiros sanitários, engenheiros civis, arquitetos, entomologistas e administradores de empresas espalhados por 18 países.[5] Além destes, outros 13 mil cidadãos das 'outras repúblicas' americanas trabalhavam no programa sanitário, dos quais aproximadamente 600 qualificados para desenvolver projetos os mais diversos como: controle de malária; saneamento ambiental; construção e organização de hospitais, dispensários e centros e postos de saúde; treinamento de pessoal e educação em saúde.[6] Em meados de 1945, 451 dos 821 projetos originais estavam concluídos e outros estavam em andamento.[7] Planejado para ser temporário e circunscrito no 'esforço de guerra', o programa sanitário do Iaia teve continuidade depois de 1945 e tornou-se matriz para a política de ajuda externa que os Estados Unidos praticariam a partir do Governo Truman e seu Ponto IV.

Oficialmente iniciado em 1942, num contexto de reação do governo americano à expansão econômica e política da Alemanha na América Latina, as raízes do programa de saúde e saneamento do Iaia remontam a meados da década de 1930, quando políticos e líderes empresariais norte-americanos discutiam estratégias para angariar o apoio das repúblicas latino-americanas num cenário de 'ameaça alemã' (Blumental, 1968). O subsecretário de Estado A. A. Berle Jr., em discurso proferido em 1940, apontou a Conferência de Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, realizada em Buenos Aires em 1936, como o momento de redefinição das relações interamericanas e um "embrião de um princípio de cooperação econômica" no Hemisfério, sintetizando claramente os diversos aspectos da política nazista que contrariavam os interesses norte-americanos na América Latina.[8]

A primeira questão apontada pelo subsecretário relacionava-se ao comércio entre a América Latina e a Alemanha, que "havia introduzido os

chamados *barter agreements* no continente sul-americano" criando uma "moderna inovação: o mercado do marco".[9] Em conseqüência, durante a década de 1930, o intercâmbio alemão com diversos países latino-americanos crescera enormemente, pois matérias-primas originárias destes países eram pagas com marcos alemães que só podiam ser gastos na compra de produtos alemães. Os chamados 'acordos de compensação', além de contribuírem para a reconstrução da máquina de guerra alemã, representaram também uma concorrência 'desleal' para os norte-americanos, que seguiam os princípios do livre-comércio.[10] A princípio, os norte-americanos não puderam neutralizar o avanço alemão no continente, impedidos de, por exemplo, apelar para um aumento de suas importações de produtos agrícolas. Isto não apenas devido a sua expansiva produção interna, mas também porque muitos produtos agrícolas latino-americanos exportados para a Alemanha não tinham mercado nos Estados Unidos, caso do algodão e tantos outros produtos brasileiros (Gambini, 1977; Bandeira, 1994).

A ameaça à hegemonia americana no Hemisfério pode ser explicada pelos efeitos da Grande Depressão, que levou a uma relativa desarticulação da economia internacional e a um desmantelamento do sistema de trocas fundamentado no liberalismo e no padrão-ouro (Hobsbawm, 2002). O agravamento da Depressão, com uma sucessão de moratórias e crises cambiais, abriu espaço para a busca de 'saídas nacionais', tais como o comércio bilateral e um forte protecionismo. Apesar de Berle referir-se aos acordos compensatórios como uma 'moderna inovação' alemã, a Grã-Bretanha foi o primeiro país a buscar alternativas heterodoxas, firmando acordos bilaterais nas áreas de sua influência com cláusulas estipulando que as libras obtidas nestas trocas deveriam ser utilizadas na compra de produtos ingleses (Corsi, 2000). Na mesma direção, a Alemanha, enfrentando uma severa escassez de divisas, estabeleceu um rígido controle de câmbio e iniciou uma política comercial agressiva, também se utilizando de acordos bilaterais compensatórios. O Brasil, por seu turno, ao sofrer profundamente com a queda do preço do café, vai buscar, naquela conjuntura de escassez de divisas, alternativas para aumentar exportações e cortar importações (Bandeira, 1994; Leopoldi, 2003).

A crise econômica e a falta de divisas levaram à aproximação entre os governos brasileiro e alemão e a subseqüente assinatura, em 1934, do primeiro acordo compensatório entre os dois países. Isto transformou a Alemanha, até 1939, no melhor parceiro comercial do Brasil, que, por sua

vez, estava interessado em diversificar seus mercados de exportação e investimentos.[11] Entre 1936 e 1939, já no Estado Novo, no auge da influência comercial alemã no Brasil, a Alemanha chegou a superar, em alguns setores, a importância dos Estados Unidos. A Tabela 1 mostra o sucesso da política comercial alemã com o Brasil durante a década de 1930.

Tabela 1 – Importações brasileiras por país exportador, em percentuais.

	1934	1938
Estados Unidos	24	24
Inglaterra	17	10
Alemanha	14	25
Outros	45	41
Total	100	100

Fontes: Bandeira (1973: 249); Coordinator of Inter-American Affairs, *Basic Data on the Other Republics*, Washington, D. C.: GPO, 1945, p. 28-29.

A segunda preocupação externada pelo subsecretário Berle residia na manutenção da estabilidade dos governos dos países latino-americanos, por conta da dependência, na década de 1930, de muitos países em relação ao mercado europeu. Entre 1935 e 1938, por exemplo, o comércio da América Latina com a Europa representava 55% da balança comercial, contra 32% do volume de negócios com os Estados Unidos (Blumental, 1968: 20). Uma guerra, com seus previsíveis prejuízos comerciais, certamente colocaria em risco a estabilidade econômica e política daqueles países. Portanto, para interromper a expansão comercial alemã e impedir o possível colapso econômico e político dos seus 'vizinhos', era necessário reorientar o comércio dos países latino-americanos para os Estados Unidos, criando uma 'área do dólar' no Hemisfério. Decisões mais efetivas nesta direção foram tomadas em 1939, durante a Conferência de Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, com a criação do Comitê de Assessoria Econômica Interamericano, objetivando a "estabilidade nas relações comerciais e monetárias" nas Américas Central e do Sul. O Comitê também ficou responsável por estimular o número de empreendimentos com capital misto – norte-americano e local – na América Latina, e de mapear seus recursos agrícolas e minerais no intuito de "ampliar

a compra de matérias-primas pelos Estados Unidos".[12] Após a Conferência de Havana, em julho de 1940, o intercâmbio dentro do Hemisfério aumentou sobremaneira, porque os Estados Unidos realizaram compras preventivas de matérias-primas estratégicas, e ainda em função dos bloqueios navais – praticamente todos os mercados europeus haviam sido excluídos da rota do comércio latino-americano. O trato Brasil-Alemanha, por exemplo, interrompeu-se bruscamente em 1940.

O governo norte-americano permanecia atento às economias latino-americanas: um possível colapso poderia "oferecer um campo fértil para a propaganda dos poderes do Eixo",[13] ainda mais a partir de 1937, ano em que a "propaganda nazista e fascista começou a ser exportada em larga escala".[14] Significativamente perigosos, no discurso político da época, eram os 'quinta-coluna': alemães, italianos, japoneses e seus descendentes que viviam nas repúblicas americanas. Uma fonte do governo americano alertava que cerca de 1,4 milhão de "estrangeiros do Eixo" e aproximadamente 4,45 milhões de descendentes de italianos e alemães viviam no Brasil, "a maioria deles no sul e sudeste do país".[15]

Após a queda da França, em 1940, o sentimento de insegurança cresceu nos Estados Unidos e, pela primeira vez, o governo norte-americano levou a sério a possibilidade de um ataque militar atingir a América (Van de Mark, 1983). A Inglaterra, agora isolada na Europa, sofria com o bombardeio aéreo alemão e, após a expansão nazista no norte da África, o Departamento de Estado acreditava ser "perfeitamente possível que os poderes do Eixo pudessem começar a operar no Atlântico".[16] Os estrategistas do Departamento de Estado avaliavam que a costa nordeste do Brasil poderia ser facilmente atingida pelo poder aéreo alemão a partir de suas bases na África ocidental francesa (ver Mapa 1). O secretário de Estado Sumner Welles instruiu seu embaixador no Brasil, Jefferson Caffery, a ter "uma conversa confidencial" com Oswaldo Aranha sobre Fernando de Noronha e Natal, "ambas dentro do poder de fogo da aviação militar [alemã] e que poderiam ser usadas para facilitar o transporte de homens e munição para o Hemisfério ocidental".[17] Se os nazistas conquistassem uma cabeça de ponte no nordeste brasileiro, argumentavam os estrategistas norte-americanos, poderiam chegar ao Caribe e ao Canal do Panamá. Sob o peso desta ameaça, a partir do segundo semestre de 1940 o foco da política externa norte-americana orientou-se para a defesa e a cooperação com o Hemisfério (Van de Mark, 1983).

Mapa 1 – Potencial ameaça alemã ao continente americano

Digitalização: Rafael Claves.
Adaptado de: Wesley Frank Craven e James Lea Cate. (editores). *The Army Air Forces in World War. Vol. 1. Plans and Early Operations.* Chicago: The University of Chicago Press, 1948.

Não apenas os políticos, mas também os líderes empresariais norte-americanos preocupavam-se com a segurança do Hemisfério e debatiam a necessidade de ampliar a 'cooperação econômica' com os países latino-americanos. Em memorando encaminhado ao presidente Roosevelt em junho de 1940, um destes líderes, Nelson Rockefeller (Green, 1971),[18] argumentava que a segurança e os interesses dos Estados Unidos seriam mais bem preservados "num quadro de cooperação e dependência econômica dentro do Hemisfério", e sugeria ao presidente que os Estados Unidos comprassem mais produtos primários latino-americanos, aumentassem seus investimentos na região e estabelecessem um programa de relações culturais com os países do subcontinente.[19] Tal proposição elevou Rockefeller a uma posição-chave dentro do governo americano e incitou a criação de uma agência governamental específica para lidar com assuntos interamericanos, a Office for Coordination and Cultural Relations Between the American Republics.

Diante da instabilidade e da imprevisibilidade da guerra, o governo brasileiro também se preparava para as conseqüências do conflito. Em julho de 1939, o ministro Capanema recebeu do presidente Vargas um

documento do Conselho de Segurança Nacional com orientações gerais aos ministérios. Em contraste com a perspectiva dos norte-americanos, notamos que se manifesta, ainda, entre a cúpula do governo brasileiro, o desejo de "manter o país neutro" para assim "resguardar o direito de negociar livremente seus excedentes com quaisquer países das duas correntes antagônicas". Para tanto, o governo pretendia "fomentar a ampliação da capacidade produtiva e o desenvolvimento do potencial econômico do país", no intuito de "atender a probabilidade de maiores e mais intensas exportações", além de "suprir as deficiências sobrevindas da queda das importações".[20] Porém, as afirmações de neutralidade muito provavelmente limitavam-se à retórica nacionalista e às ambigüidades políticas do Governo Vargas, ainda dividido entre simpatizantes da Alemanha e dos Estados Unidos. No centro de decisões do governo brasileiro, já se avaliava ser impossível manter o país neutro, vendendo matérias-primas para os nazistas e os Aliados. Nossos estrategistas reconheciam que a "conflagração tende a generalizar-se" e que o Brasil "não poderá escapar aos danosos efeitos desta calamidade". Assim, recomendavam "promover a aquisição de novos mercados", pela propaganda de nossos produtos e riquezas, "a fim de atrair para o país os capitais acumulados ultimamente nos Estados Unidos, à espera de emprego seguro". Ao Ministério da Educação e Saúde era recomendado estimular o "casamento e a natalidade", bem como a "saúde e a higiene urbana e rural" no país.[21]

Como mais um reflexo da sugestão de Nelson Rockefeller, em agosto de 1940 a Casa Branca criou o Escritório para a Coordenação das Relações Comerciais e Culturais entre as Repúblicas Americanas. Após um ano, o nome da agência mudou para Escritório do Coordenador de Assuntos Interamericanos e, de março de 1945 até sua extinção, em maio de 1946, a agência chamou-se Escritório de Assuntos Interamericanos. Para nossa conveniência, vamos nos referir a esta agência como Escritório. Sua função oficial era "promover o desenvolvimento das relações comerciais e culturais entre as repúblicas americanas no sentido de incentivar a solidariedade e aprofundar o espírito de cooperação entre as Américas no interesse da defesa do Hemisfério". Nomeado coordenador, o jovem empresário e político Nelson Rockefeller respondia diretamente ao presidente. Apesar de sua declaração de princípios, o Escritório não era uma simples extensão de programas de colaboração dentro do espírito do pan-americanismo da época, mas uma superagência coordenadora de esforços do governo, prioritariamente vinculada à segurança nacional dos Estados Unidos.[22]

A orientação do Escritório espelhava a nova política externa norte-americana para a América Latina, inspirada nas noções de Boa Vizinhança e do 'pan-americanismo', que por sua vez se apoiavam em fundamentos supostamente comuns aos países do continente: organização republicana; democracia como princípio e ideal de governo; valores iluministas como liberdade, igualdade e dignidade do indivíduo; crença na solução negociada para as disputas; e respeito ao conceito de soberania nacional. A expressão concreta do 'pan-americanismo' e da Boa Vizinhança se efetivaria pelos próprios programas de solidariedade e de cooperação intercontinental empreendidos pelo Escritório (Moura, 1984; Tota, 2000).

Antes do ataque a Pearl Harbor, a agência, então recém-criada, operou em três campos: propaganda; relações culturais e educacionais; e assuntos econômicos e financeiros. Os primeiros trabalhos do Escritório deram-se neste último campo: o levantamento de fontes de matérias-primas estratégicas e o assessoramento do governo nas compras preventivas de produtos latino-americanos. No campo da propaganda, o Escritório pretendia "estreitar a cooperação" entre os países do Hemisfério Ocidental, ao mesmo tempo em que se "contrapunha à propaganda dos poderes do Eixo". Para isto, utilizou os mais diversos e modernos meios de comunicação da época, como o rádio, a imprensa escrita e o cinema. No campo da educação, a extensão e a importância dos programas demandariam a criação de uma corporação subsidiária específica: a Inter-American Educational Foundation, cuja agenda, variada em seu domínio, perfazia a educação rural e secundária, o treinamento de professores, a orientação vocacional e o incentivo ao ensino de inglês.[23]

O interesse do Escritório no campo da saúde e saneamento acentuou-se em 1941, quando seu coordenador foi alertado sobre as negociações para a instalação de bases americanas no litoral brasileiro. Nelson Rockefeller, embasado em informações dos profissionais da Fundação Rockefeller, que atuava no Brasil desde 1916, sabia que algumas das regiões que receberiam militares norte-americanos eram endêmicas de malária e outras doenças. O coordenador sugeriu ao Departamento de Guerra que o Escritório promovesse ações sanitárias ao redor das bases militares projetadas, com um sistema de abastecimento de águas e esgotos e de hospitais. Alvo do debate interno no Departamento, o plano terminou reduzido ao saneamento e abastecimento alimentar. Neste ínterim, os japoneses atacaram Pearl Harbor e absorveram áreas essenciais na produção de matérias-primas estratégicas na Ásia, tornando imperativa a necessidade

de assegurar o fornecimento de matérias-primas para o esforço de guerra. A partir daí o plano de saneamento e saúde pública do coordenador, originalmente concebido para o entorno das bases militares, viu-se reorientado para áreas maiores do subcontinente, cuja produção pudesse compensar a perda de Pearl Harbor para os japoneses (Erb, 1985).

Quando os Estados Unidos se prepararam para entrar na guerra, a adesão do Brasil à causa dos Aliados tornou-se fundamental; neste sentido, o projeto de saúde e saneamento do Escritório afinava-se completamente aos interesses de segurança nacional daquele país. O interesse militar imediato estava focalizado na costa do nordeste do Brasil, onde a Comissão Militar Conjunta para a Preparação de Defesa do Nordeste do Brasil planejava lotar grande número de soldados (Erb, 1985). A discussão sobre este assunto tomou rumos mais concretos em maio de 1940, quando o secretário Sumner Welles informou ao embaixador americano no Rio de Janeiro que o governo brasileiro aceitaria oferecer aos Estados Unidos o uso de bases no Nordeste, em troca de ajuda para o reaparelhamento do exército brasileiro.[24] Em fevereiro de 1941, o ministro de Guerra do Brasil propôs oficialmente um acordo militar com os Estados Unidos: este envolvia o uso, por parte dos americanos, de "bases navais e aéreas brasileiras"; a aquisição, pelo Brasil, de material bélico americano; e o fornecimento, pelo Brasil, de matérias-primas para a indústria bélica norte-americana.[25] O acordo seria finalmente assinado em 1942.

Uma variável essencial para a consolidação do projeto de saúde e saneamento do Escritório no Brasil era a dependência da indústria militar norte-americana à borracha. Veículos militares consumiam, em média, 300 peças de borracha; um bombardeio pesado utilizava cerca de 400; um navio de guerra, mais de 20 mil, e caminhões militares podiam gastar até 12 pneus por unidade. Em 1938, os Estados Unidos importavam do sudoeste asiático 98% da borracha natural de que careciam. Após a captura pelos japoneses, em 1942, da Malásia e das Índias Orientais Holandesas, regiões produtoras de borracha na Ásia, a dificuldade de fornecimento desta matéria-prima transformou-se numa séria ameaça para os Aliados. Os Estados Unidos talvez não dependessem tanto de nenhuma outra matéria-prima que estivesse fora de sua área de influência. Por outro lado, mesmo antes da crise a borracha sintética não era produzida em grande quantidade naquele país e, pela sua qualidade inferior à natural, tampouco se prestava ao uso militar, o que tornava sem efeito o aumento substancial verificado em sua produção. A Comissão Baruch, incumbida pelo presidente

Roosevelt de estudar e propor soluções para o 'problema da borracha', alertou que o esforço de guerra entraria em colapso caso não se encontrasse uma alternativa para a escassez de borracha (Peçanha, 1976). No auge da crise, em março de 1942, uma agência americana chegou a sugerir a requisição militar de pneus de carros particulares, a proibição da venda de pneus usados e o confisco de refugos de borracha. A urgência da demanda militar por borracha, que não poderia esperar a organização de novas plantações, levou à única alternativa viável naquele momento: a extração em grande escala de látex das árvores nativas da Amazônia. Para tanto, seria necessário um esforço no sentido de controlar as doenças debilitantes daquela região, especialmente a malária. Neste sentido, os primeiros projetos sanitários do Escritório voltaram-se para a Bacia Amazônica e para as cidades do Norte e Nordeste do Brasil que receberiam os militares norte-americanos (Erb, 1985).

A Criação do Sesp

O ataque a Pearl Harbor precipitou a convocação do Terceiro Encontro de Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, promovido em janeiro de 1942 no Rio de Janeiro, onde as negociações finais para a criação de um programa de saúde e saneamento para a América Latina foram concluídas. Neste processo, coube a Fred Soper um destacado papel: o ex-diretor da Fundação Rockefeller no Brasil já havia assessorado Nelson Rockefeller ainda em Washington e, durante a Conferência do Rio, conduziu as negociações de bastidores com o ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema.[26] Entre as resoluções tomadas no Terceiro Encontro, a segunda recomendava que as repúblicas americanas mobilizassem seus recursos agrícolas e minerais para o esforço de guerra, e a trigésima, que as nações do Hemisfério estabelecessem acordos bilaterais para promoção de saúde pública e melhoria das condições sanitárias dos povos.[27] Estavam criadas as condições políticas e institucionais para a assinatura dos acordos sanitários entre os Estados Unidos e as repúblicas latino-americanas.

Como resultado da Conferência de 1942, os governos do Brasil e dos Estados Unidos assinaram os chamados Acordos de Washington, uma série de 30 tratados cobrindo assuntos tão variados quanto comércio, empréstimos, produção mineral e agrícola, um acordo militar e o acordo de saúde e saneamento que origem ao Sesp. Uma missão técnica norte-americana foi enviada ao Brasil para "assessorar na expansão da produção brasileira".[28] A

mobilização dos recursos naturais brasileiros objetivava aumentar o suprimento de matérias-primas estratégicas como: borracha, quartzo, minério de ferro, mica e outros minerais. Entre os acertos estava o fornecimento de créditos do Export-Import Bank para aumentar a produção de recursos brasileiros, em especial um grande programa de produção de ferro das minas de Itabira. Os Acordos de Washington também asseguravam um fundo de cinco milhões de dólares para a produção de borracha na Amazônia, com o compromisso americano de comprar todo o excedente brasileiro.[29]

No dia 14 de março de 1942, o secretário Sumner Welles e o ministro da Fazenda, Arthur de Souza Costa, assinaram o acordo de saúde e saneamento. O documento emitido pelo secretário americano assinalava que o programa sanitário "seria designado para a bacia Amazônica com o *propósito especial* de auxiliar no aumento da produção de borracha". Em sua resposta, o brasileiro Souza Costa informava:

> meu governo vem por muitos anos perseguindo um programa sanitário tal como assinalado em sua carta e está satisfeito em aceitar sua colaboração para estimular o progresso daquele programa, tão importante para as possibilidades econômicas da área em questão.[30]

Como podemos observar, as notas diplomáticas trocadas entre os representantes brasileiro e norte-americano indicam o significado diverso do acordo de saúde e saneamento para os dois países. Os Estados Unidos tinham um objetivo militar imediato – a utilização das bases militares no nordeste do Brasil e o acesso à borracha e outras matérias-primas para a indústria bélica. Entretanto, para o Brasil o tratado corroborava com os planos de desenvolvimento e integração econômica e de expansão da autoridade federal sobre o território do país, em pauta no Governo Vargas. Isto se evidencia, na nota de Souza Costa – um dos maiores expoentes do 'realismo pragmático' do governo –, quando o ministro ressalta que o acordo de saneamento da Amazônia estava afinado com o programa sanitário já delineado pelo Governo Vargas com o objetivo de "auxiliar no desenvolvimento econômico" da região. Souza Costa também não deixa de registrar que a infraestrutura propiciada pelo programa sanitário passaria a fazer parte do programa nacional de saúde pública então implementado pelo Governo Vargas.

Também na imprensa da capital da República notamos a ênfase dada às oportunidades de desenvolvimento que os acordos com os Estados Unidos possibilitariam ao Brasil. Durante todo o ano de 1942, diversas matérias no *Correio da Manhã* registram o processo de negociação e, posteriormente, a implementação do acordo de saúde e saneamento. Apesar de o

jornal destacar, sobretudo quando da visita de Nelson Rockefeller ao Rio de Janeiro, em setembro, a "colaboração do Brasil" para a vitória dos Aliados, muitas matérias alardeavam as vantagens que o "saneamento da Amazônia" poderia trazer à "restauração econômica" e ao "progresso do vale amazônico, região de interesse de desenvolvimento econômico" para o Brasil.[31]

Ao nos referirmos aqui aos 'planos de desenvolvimento' do primeiro Governo Vargas, seguimos as análises de Corsi (2000) e Leopoldi (2003), autores que concordam que, no início da década de 1940, ainda não podemos definir a política econômica de Vargas como um 'projeto de desenvolvimento', no sentido de um planejamento acabado, com metas, esquemas de financiamento e órgãos de execução e coordenação bem delimitados. Leopoldi afirma que o projeto de desenvolvimento "foi sendo construído em cima dos acontecimentos", só podendo ser compreendido se "visto de uma perspectiva histórica" (2003: 248). Corsi, na mesma direção, salienta que o projeto "não chegou a adquirir feições definitivas mesmo ao final do Estado Novo" (2000: 16). Ou seja, os autores não discordam de que existiam políticas de desenvolvimento; porém, um processo de desenvolvimento entendido como planejamento estatal apenas pode ser identificado a partir do segundo Governo Vargas. Corsi e Leopoldi ainda enfatizam que aquelas políticas significaram, na conjuntura de guerra, o produto de um inevitável envolvimento com a diplomacia econômica internacional e com a ofensiva de interesses estrangeiros no Brasil. Ou seja, quaisquer negociações econômicas objetivando o desenvolvimento do país só seriam possíveis mediante um processo de "alinhamento político e ideológico com as potências em conflito" (Corsi, 2000: 18).

Vale ressaltar, ainda, que o projeto de desenvolvimento econômico do primeiro Governo Vargas articulava-se intimamente com os objetivos de prover um mercado interno e de consolidar a unidade territorial do país, o fortalecimento do Estado e os valores da nacionalidade. Para Vargas:

> O imperialismo do Brasil consiste em ampliar suas fronteiras econômicas e integrar um sistema coerente, em que a circulação das riquezas e utilidades se faça livre rapidamente, baseada em meios de transporte eficientes, que aniquilarão as forças desintegradoras da nacionalidade. O sertão, o isolamento, a falta de contato são os únicos inimigos temíveis para a integridade do país. Os localismos, as tendências centrífugas, são o resultado da formação estanque de economias regionais fechadas. Desde que o mercado nacional tenha sua unidade assegurada, acrescendo-se sua capacidade de absorção, estará solidificada a federação

política. A expansão econômica trará o equilíbrio desejado entre as diversas regiões do país (Vargas, s/d, vol. V: 164).

Logo, não devemos julgar o processo que resultou na assinatura do acordo sanitário que criou o Sesp tão-somente como um movimento do 'centro' para a 'periferia', ou seja, com os interesses norte-americanos se impondo a uma agenda do governo brasileiro. Se pesados os enunciados propostos por Stern (1998), sobre o fato de as instituições internacionais constituírem 'arenas' de disputa política e cultural, entenderemos aquele processo como o resultado de configuração muito mais complexa, em que uma série de variáveis e fatores de ordem nacional e internacional se conjugaram para a determinação dos acontecimentos. Desta forma, mesmo considerando a conjuntura internacional que limitava a margem de manobra do Estado brasileiro, este se beneficiou dos Acordos de Washington – entre os quais o acordo de saúde e saneamento – para gerir uma agenda já estabelecida pelo Governo Vargas, pautada na busca do desenvolvimento econômico e construção de um Estado nacional forte e garantidor da integridade da nação brasileira. As políticas internacionais de saúde do Iaia/Sesp foram concebidas e realizadas, portanto, em conseqüência de uma transação entre um movimento internacional e as expectativas e respostas locais. Por outro lado, como mostrou Fonseca (2005: 180), havia muitos pontos em comum entre a agenda sanitária internacional, debatida nas conferências da Oficina Sanitária Pan-Americana, e aquela implementada pelo governo brasileiro, principalmente a partir da administração Capanema no Mesp.[32]

Decerto não escapariam à percepção de Sumner Welles os interesses e prioridades do governo brasileiro. Em documento ao Departamento de Estado, o secretário americano relatou que as negociações entre os dois países quase se complicam quando a delegação brasileira conheceu a proposta do Board of Economic Warfare, organismo que coordenava a economia de guerra. Welles registrou que, "quando a proposta inicial foi apresentada aos membros da missão brasileira, estes se recusaram a considerá-la". O ministro Souza Costa replicou que "um programa amplo deveria ser considerado primeiramente" e que "qualquer proposta geral para o vale Amazônico" deveria ser discutida dentro de um "amplo programa de desenvolvimento para o Brasil e que a discussão sobre extração de borracha e outros projetos específicos deveria ser adiada até que o assunto principal tenha sido acordado".[33] Notamos a mesma preocupação em carta de Valentim Bouças, assessor

econômico de Vargas, ao traçar para o presidente uma distinção entre dois setores do governo norte-americano: um, comprometido com a política da Boa Vizinhança, aceitaria participar no "desenvolvimento do Brasil"; ao outro, interessava apenas a "exploração de matérias-primas, deixando-nos os buracos no solo e sem indústrias" (apud Corsi, 2000: 203).[34]

A atitude do ministro Souza Costa sugere que este queria atentar o governo norte-americano para o fato de que uma aliança de verdade entre os dois países somente se construiria se os americanos aceitassem colaborar num projeto de desenvolvimento do Brasil, desenvolvimento que, segundo Souza Costa, também interessava aos Estados Unidos. A posição do brasileiro não podia ser taxada de ingênua nem unilateral pois, de fato, existiam naquela época duas visões divergentes, dentro do governo americano, sobre o papel das economias latino-americanas no Hemisfério. No Departamento de Estado, estavam encastelados aqueles que entendiam as relações entre o Brasil e os Estados Unidos, fundamentadas no tradicional livre-cambismo, enquanto na Secretaria do Tesouro residiam os técnicos que concebiam a complementação das duas economias num patamar superior, no qual o desenvolvimento da economia brasileira ajudaria a ampliar o comércio entre os dois países e a estabilidade cambial do Brasil, necessária ao pagamento da dívida externa (Corsi, 2000).

Malan (1984) indica que a divergência de visões, que esteve na base da administração Roosevelt e causou diversas oscilações políticas durante a Guerra, refletia o antigo conflito 'isolacionistas' *versus* 'internacionalistas', presente na história dos Estados Unidos até aquele momento e só resolvida, a favor dos internacionalistas, com a Guerra Fria. Os chamados interesses não-internacionalistas, que cultivavam uma visão tradicional da relação dos Estados Unidos com a América Latina, estavam fortemente representados no Congresso, enquanto a proposta internacionalista encontrava respaldo nos setores internacionalizados da economia norte-americana, que vislumbravam amplas possibilidades de comércio e investimentos num mundo que se prenunciava sob a hegemonia dos Estados Unidos.[35]

Nelson Rockefeller é um bom exemplo dos interesses internacionalizados da economia norte-americana: mantinha investimentos pessoais na América Latina, especialmente na Venezuela, onde seus negócios com petróleo eram significativos. Não nos é difícil entender porque o coordenador perfilava o grupo que defendia uma 'nova abordagem' dos Estados Unidos para com a América Latina, entendida como uma "colaboração

econômica" de longo prazo e não apenas objetivando atender às urgências de guerra. A agenda do programa de saúde e saneamento, planejada por Rockefeller para adquirir uma magnitude continental duradoura, é um bom indício desta atitude colaboracionista, dado que não se limitava a uma função de linha auxiliar da produção de borracha no Amazonas brasileiro. Obviamente, o projeto de transformar a ação do Escritório para a América Latina em política permanente de governo Rockefeller enfrentaria resistências, tanto no Departamento de Estado quanto no Congresso.

Os planos de longo prazo de Rockefeller, entretanto, não obscurecem a importância militar conjuntural do programa de saúde, evidenciada pela quantidade de oficiais de exército convocados para a missão sanitária, incluindo-se aí o diretor da Divisão de Saúde e Saneamento do Iaia, o general George C. Dunham, do Corpo Médico do Exército. Dunham era doutor em saúde pública pela Johns Hopkins University, estudou na Escola de Medicina Tropical em Londres e na Escola Médica do Exército, onde foi também diretor do Departamento de Medicina Preventiva. Além disto, foi diretor dos laboratórios na Medical Department Professional Services Schools e autor do livro *Military Preventive Medicine* (Dunham, 1940). Havia exercitado sua experiência em medicina tropical no canal do Panamá e como conselheiro do governador geral das Filipinas, de 1931 a 1935 (Erb, 1985).[36] Por sua alta qualificação e experiência, Dunham tornou-se o grande estrategista do programa sanitário. Além de diretor da Divisão de Saúde e Saneamento, Dunham ocupou a vice-presidência do Iaia, com Rockefeller; e, quando este deixou a posição, a presidência, em seu poder até agosto de 1945.[37]

O programa de saneamento do Escritório foi apresentado, em 24 de março de 1942, a Roosevelt, que autorizou Rockefeller a administrá-lo em colaboração com "os departamentos de Estado, da Guerra e da Marinha, além de consultar e cooperar com os governos das outras repúblicas americanas".[38] O primeiro país latino-americano a assinar acordo foi o Equador, seguido por Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.[39] Para desenvolver seus programas, o Escritório instituiria cinco corporações subsidiárias, pois estas tinham vantagens sobre as agências governamentais regulares, tais como maior flexibilidade orçamentária e de operação no exterior. Em março de 1942, a primeira corporação foi fundada: o Instituto de Assuntos Interamericanos, cujo objetivo oficial era "promover a melhoria das condições de saúde e

bem-estar dos povos do Hemisfério, em colaboração com seus governos". O Iaia ordenava-se em três divisões: de Alimentação, de Treinamento de Pessoal e, a mais importante, de Saúde e Saneamento.[40]

As atividades do Iaia eram acordadas com os governos das repúblicas latino-americanas por meio de contratos bilaterais negociados entre as embaixadas americanas e os Ministérios das Relações Exteriores, sendo os embaixadores americanos assessorados pelos funcionários locais do Iaia ou, no jargão do Instituto, pelo 'pessoal de campo'.[41] Os acordos eram assinados por um período de três a cinco anos e, para implementá-los, cada república signatária estabelecia uma agência cooperativa conhecida, na maioria dos países latino-americanos, por Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Publica, geralmente organizada no âmbito dos Ministérios da Saúde locais.[42] O chefe do 'pessoal de campo', representante do Iaia no país, era também indicado diretor da agência cooperativa pelo ministro da Saúde local, subordinando-se simultaneamente ao ministro e ao presidente do Instituto, nos Estados Unidos.[43] No planejamento e execução dos programas nacionais existia certa autonomia das agências, pois os projetos só eram encaminhados depois de entendimentos entre o representante norte-americano e o ministro local. No entanto, o presidente do Instituto estava constantemente em contato com seus funcionários no 'campo', o que garantia o controle de Washington sobre as decisões.[44]

As agências cooperativas eram financiadas por recursos oriundos do Iaia e dos governos locais. Nos anos iniciais do programa, as contribuições norte-americanas eram muito mais vultosas do que as nacionais. Nos contratos assinados em 1942, a relação média entre recursos do Iaia e dos Servicios era de aproximadamente 13 para 1.[45] Gradualmente, a contribuição financeira dos países latino-americanos foi crescendo em termos relativos e absolutos: por volta de 1949, a relação invertera-se: para cada dólar americano, os governos locais contribuíam com três ou quatro.[46] Deliberadamente planejada pelo Iaia, esta escala em decréscimo previa que os governos locais "assumissem o programa e lhes dessem continuidade" quando o projeto original fosse completado.[47] A importância do Brasil para o sucesso dos objetivos americanos se refletiu no financiamento do Sesp: segundo Bastos (1993), em 1942 e 1943 o Iaia financiou mais de 95% do programa no Brasil. Apesar de o percentual não se confirmar pela análise dos contratos, como pode ser verificado na Tabela 2, de qualquer forma o valor do investimento norte-americano para os dois anos é bastante superior aos recursos oriundos do Estado brasileiro. A partir de 1944, a relação entre a média de

investimentos do Iaia e do governo brasileiro começou a se alterar, implicando uma contribuição cada vez maior do Brasil. Por volta de 1959, a contribuição financeira norte-americana era simbólica (Bastos, 1993).[48]

Tabela 2 – Percentual de financiamento do Sesp por Brasil e EUA (1942-1954).[49]

Período de vigência do contrato	Financiamento do Brasil	Financiamento dos Estados Unidos
Julho 1942 - Dezembro 1942	13%	87%
Fevereiro 1943 - Dezembro 1943	20%	80%
Janeiro 1944 - Dezembro 1948	63%	37%
Janeiro 1948 - Dezembro 1949	91%	9%
Janeiro 1949 - Junho 1950	95%	5%
Janeiro 1951 - Junho 1951	95%	5%
Julho 1951 - Junho 1952	52%	48%
Julho 1952 - Junho 1953	95%	5%
Julho 1953 - Junho 1954	78%	23%

O programa de saúde e saneamento operado pelas agências cooperativas do Iaia na América Latina enquadrava-se em quatro subprojetos. Em primeiro lugar, as campanhas contra doenças específicas, com prioridade para a malária, cujo controle se estendia por Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Haiti, Peru, Venezuela e América Central. Além da malária, foram objeto de campanhas as doenças sexualmente transmissíveis, a tuberculose, a peste bubônica, a bouba, o tifóide e as patologias provocadas por parasitas intestinais. Medidas preventivas e terapêuticas também constavam num subprojeto; neste caso, compreendiam a construção de hospitais, clínicas, centros e postos de saúde. Um terceiro campo de ação de particular importância, o da engenharia sanitária, empreendeu esforços no estabelecimento de redes de esgoto e abastecimento de águas. Finalmente, a educação sanitária e o treinamento profissional, com programas de aperfeiçoamento de médicos, engenheiros sanitários e enfermeiras, instituíram-se como outra importante área de atuação das agências.[50]

A agência cooperativa brasileira, batizada de Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), foi fundada em 17 de julho de 1942, com a assinatura do chamado Acordo Básico entre o embaixador americano no Brasil, Jefferson Caffery, o representante do Iaia, George M. Saunders, o ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, e o ministro das Relações Exteriores, Oswaldo Aranha,[51] tendo o presidente Vargas nomeado superintendente o médico americano George Saunders.[52] Durante o primeiro ano e meio de funcionamento do Sesp, praticamente todas as posições de direção eram exercidas por norte-americanos. Quando da renovação do contrato, a tendência se revertia com a nomeação do primeiro superintendente brasileiro. O Acordo Básico que deu origem ao Sesp estabeleceu como suas funções: o saneamento do vale amazônico, focado no controle da malária e na assistência médica aos seringueiros; o treinamento de profissionais de saúde pública; e um programa de controle da hanseníase, em parceria com o Serviço Nacional da Lepra.[53] Embora tenha inaugurado sua sede no Rio de Janeiro em agosto de 1942, as atividades do Sesp logo se concentrariam na região amazônica, transformando a cidade de Belém no centro de operação do Programa da Amazônia.[54]

A demanda militar por minerais implicava a expansão da agência: em novembro de 1942, o ministro Capanema assinou outro contrato com o Iaia, estendendo a área de atuação do Sesp para o vale do Rio Doce.[55] Como parte dos Acordos de Washington, o Governo Vargas criara a Companhia Vale do Rio Doce (CVRD) para explorar os recursos minerais da região e reconstruir a estrada de ferro Vitória-Minas, que corta o vale. Para o esforço de guerra era imperioso aumentar a produção e exportação de minerais estratégicos; para os planos de desenvolvimento do Governo Vargas, tratava-se também de prover de infra-estrutura e integrar aquela região e suas populações à economia e ao Estado nacionais. Devido à propagação de doenças transmissíveis e à absoluta precariedade sanitária no vale, o Programa do Rio Doce voltava-se para proteger a saúde dos trabalhadores e técnicos envolvidos na produção das minas e na reconstrução da ferrovia.[56]

As políticas sanitárias implementadas a partir do acordo Iaia-Sesp, além de virem ao encontro dos projetos de desenvolvimento econômico do Governo Vargas, coadunavam-se ao seu projeto de fortalecimento do Estado e da nação. Referimo-nos aqui ao argumento desenvolvido por Hochman (1998, 2001), Hochman & Fonseca (2000) e Fonseca (2005), que apontam as políticas de saúde como instrumentos de afirmação da autoridade

pública e de concebimento de um Estado nacional brasileiro, no mesmo caminho trilhado por Castro-Santos (1985, 1987). Este analisara as políticas de saúde na República Velha sob a perspectiva da sociologia histórica, discernindo entre dois momentos. O primeiro, ainda no tempo de Oswaldo Cruz, estava orientado para o combate das epidemias nas cidades e nos portos, quando a principal questão sanitária resumia-se à proteção da saúde do imigrante e à preservação da regularidade do comércio internacional; numa segunda fase, focalizou-se no saneamento do interior, a partir do grande movimento nacionalista da década de 1910. Interessa-nos aqui este segundo momento, sobre o qual Castro-Santos enfatiza que, mais importante do que verificar os resultados concretos do movimento pelo 'saneamento dos sertões' da Primeira República – ínfimos no que tange às ações concretas de saneamento rural – será o sentido de construção simbólica de uma identidade nacional. Segundo o autor, o movimento pelo 'saneamento dos sertões' galvanizou uma considerável fração da elite brasileira e teve implicações políticas muito mais significativas do que as ações sanitárias que reivindicou e conseguiu de fato empreender.

Ao analisar as políticas de saúde da República Velha, Hochman (1998), ao invés de privilegiar a dimensão simbólica do movimento sanitarista, analisou o seu resultado concreto no que tange à construção de aparatos estatais para a implementação do 'saneamento do sertão'. O processo político que originara o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920 – uma conquista do movimento sanitarista –, teve desdobramentos materiais significativos, pontua o autor. Isto porque propiciou as condições políticas e institucionais imprescindíveis para que a União ampliasse sua presença no território, em conseqüência dos acordos negociados com os estados brasileiros, num movimento que, no limite, implicava maior centralização e expansão da autoridade federal. A adesão dos estados aos convênios sanitários com a União só fez crescer ao longo da década de 1920, estendendo a ação federal sobre a sociedade e o território nacional, e constituindo-se num instrumento, ainda que não planejado, de aumento do poder do Estado. Por conseguinte, a execução da política sanitária por uma rede de instituições, burocratas e regulamentos adquiriu dinâmica e autonomia cada vez mais próprias diante dos interesses iniciais que motivaram sua formulação. Neste movimento, espaços vazios e espaços novos foram preenchidos pelo poder público, cada vez mais fortalecido.

No pós-1930, duas reformas sanitárias (1937, 1941) realizadas pela administração Capanema (1934-1945) no Ministério da Educação e Saúde

continuam a fortalecer as estruturas estatais, sobretudo depois que o Estado Novo diminui significativamente a autonomia política das oligarquias regionais. Como mostram Hochman & Fonseca (2000: 177), foram as reformas de Capanema que definiram a política de saúde pública do primeiro Governo Vargas, "adequando-a aos princípios básicos que haviam definido a política social do Estado Novo". Acentua-se então o processo de centralização, normatização, organização, profissionalização e burocratização das políticas de saúde e saneamento, naturalmente no âmbito do 'ideal de valorização do homem brasileiro', marcante no discurso varguista, objetivando a formação de um 'novo homem', forte, sadio, trabalhador e plenamente integrado à nacionalidade (Gomes, 1982). A permanência de tais políticas também se deve ao fato de seu foco continuar no interior, para o combate das grandes endemias que assolavam as populações rurais, aquelas situadas fora da regulação que o regime empreendeu no mundo urbano, cada vez mais, pela via da previdência social.

Entretanto, como mostrou Hochman (2001), se houve continuidades, houve também descontinuidades na política de saúde pública. A separação entre a saúde pública, voltada para a população rural, e a assistência médica, associada à previdência social e orientada para os trabalhadores incorporados ao sistema corporativo, constituiu-se numa inovação fundamental do regime varguista e, neste sentido, uma importante ruptura. A saúde pública, que havia adquirido centralidade como questão nacional nos últimos 15 anos da Primeira República, perde espaço na agenda do Governo Vargas para a legislação social e trabalhista, e para o sistema de previdência social – domínio do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Mesmo outros setores importantes para o projeto de construção nacional, como mulheres e crianças, ganharam fóruns específicos de atenção à saúde que não necessariamente o Mesp (Fonseca, 1993). Outro elemento de descontinuidade encontra-se nos próprios marcos políticos e institucionais da agenda sanitária do regime Vargas. A reforma administrativa do Estado, as duas reformas de Capanema no MES, além, naturalmente, do próprio regime autoritário do Estado Novo propiciaram condições políticas e institucionais bastante diversas daquelas da República Velha. Apesar das rupturas, do ponto de vista macro-histórico há uma dimensão de continuidade, que reside no fato de que, em meio ao processo, lento, de construção do Estado-nação, a saúde pública prossegue desempenhando um papel essencial. A oferta de serviços de saúde de caráter abrangente e

universal para a população como um todo – agenda encaminhada pelo Estado Novo – significou a ampliação do poder do governo federal sobre territórios e populações muitas vezes, até então, submetidas apenas ao domínio dos oligarcas locais.

Cristina Fonseca (2005: 7-29) enfatiza os elementos de continuidade, afirmando que "não ocorreu o deslocamento enunciado por Castro-Santos", porém a incorporação, pelo Governo Vargas, do movimento sanitarista. A autora argumenta que as políticas de saúde no Brasil, instituídas naquele governo, seguiram "dois formatos diferenciados de prestação de serviços", representando interesses distintos. Um, corporativista, elaborado a partir da criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, voltado para os trabalhadores do mercado formal de trabalho e para uma 'cidadania regulada'; o segundo, universal, implementado pelo Ministério da Educação e Saúde Pública, atendia "a vasta população urbana e rural que se encontrava à margem do mundo do trabalho formalizado". Após analisar as características do Mesp, a autora conclui que as políticas implementadas por este ministério constituíram-se como "instrumentos de fortalecimento do poder público no interior do país". Portanto, não aconteceu um deslocamento da orientação seguida pelo governo na área de saúde pública, e sim "incorporação tanto das suas instituições como de seus agentes e atores ao novo processo de *state building* definido para o país" após 1930, cujos instrumentos foram a "normatização, centralização, formação e especialização profissional" executada pelo DNS. Assim, no projeto político de construção do Estado brasileiro na Era Vargas, inseriu-se a saúde pública como um "programa de institucionalização de serviços de âmbito nacional".

A comparação entre a agenda sanitária do Sesp e aquela implementada pelo DNS nos indica que não havia contradição entre elas mas, pelo contrário, integração ao projeto varguista de extensão da autoridade central sobre o território nacional brasileiro. Como veremos adiante, o Sesp encaminhou políticas sanitárias voltadas para o interior; montou uma rede de unidades sanitárias e outros equipamentos; construiu e administrou escolas de enfermagem, hospitais, centros e postos de saúde, sistemas de águas e saneamento; normatizou técnicas e procedimentos; contratou e expandiu uma burocracia; estabeleceu convênios com estados e municípios para executar e padronizar políticas de saúde; formou mão-de-obra qualificada; e promoveu a educação sanitária. Enfim, nada que fugisse da agenda de saúde do

Ministério Capanema, expressa, por exemplo, na I Conferência Nacional de Saúde, em 1941. Assim, apesar de seu caráter internacional e de sua origem de 'agência especial de guerra' com objetivos militares e produtivos específicos, a trajetória do Sesp nunca deixou de estar afinada aos interesses do regime Vargas de fortalecimento do Estado nacional e de desenvolvimento econômico do país.

Então ministro, Capanema registra bem esta percepção, ao destacar a coincidência entre os interesses norte-americanos e brasileiros quando da assinatura do Acordo Básico, em 1942. O ministro afirma que o momento político de criação do Sesp não poderia ter sido mais oportuno. Para Capanema, o resultado desta "conjugação de esforços" entre brasileiros e norte-americanos seria uma "obra segura e decisiva que há de dar início a uma nova era de progresso e de cultura para o imenso vale do Amazonas".[57] Ratificando que a proposta dos americanos havia chegado "no momento certo", o ministro ressalta ainda que, naquela ocasião, o presidente Vargas retornara justamente de uma viagem à Amazônia, onde fora "adquirir conhecimento de primeira mão sobre as dificuldades da natureza e seus efeitos no homem" e situar o saneamento do vale amazônico "entre as mais importantes iniciativas de seu programa político-administrativo". Assim sendo, o programa de saúde e saneamento proposto pelos norte-americanos "apenas chegou no momento certo".[58]

O interesse do governo brasileiro em assinar o acordo sanitário também não escapou à observação dos representantes do Iaia no Rio de Janeiro: estes ficaram surpresos com a presteza com que as negociações entre os dois governos foram concluídas. Os americanos registraram que a receptividade que o projeto encontrou no ministro Capanema e no presidente Vargas havia superado as suas "mais otimistas expectativas".[59]

Cabe-nos ressalvar, contudo, que dentro do Ministério da Educação e Saúde existiam resistências à assinatura do Acordo Básico, expressas pelo mais alto funcionário da administração sanitária, João de Barros Barreto, diretor do DNS. Barreto se opôs à criação do Sesp – para o qual acabou não indicado –, porém "foi virtualmente impossível" para ele "manifestar seu descontentamento".[60] Um editorial do então principal jornal da capital do país, o *Correio da Manhã*, tratou de publicar, em seu editorial, a visão dissidente: "O Brasil sempre foi um país onde o estudo da medicina tropical foi grandemente desenvolvido"; apesar disto, dizia, "nossos médicos e especialistas (...) terão que desaparecer, reduzidos (...) à condição de meros

colaboradores" daqueles que estão vindo do exterior para "planejar e dirigir o projeto sanitário". Posteriormente, os americanos descobririam ter sido Barreto o autor do editorial.[61]

Barreto argumentava que a criação do Sesp tratava-se de um equívoco político e administrativo, pois a agência assumiria funções que cabiam ao DNS, órgão perfeitamente capaz de realizar as medidas sanitárias requeridas pelos americanos (Pinheiro, 1992). O conflito externava um desacordo administrativo, disputas de poder e, muito provavelmente, os brios profissionais e nacionalistas de Barreto afetados, mas não uma perspectiva diversa sobre saúde pública. Barreto, como vários de seus colegas sanitaristas, havia sido bolsista na John Hopkins School of Public Health e estava familiarizado com o modelo americano de administração sanitária (Lima Sobrinho, 1981). Já em 1939, por conta do estabelecimento do Serviço Nacional de Febre Amarela sob a supervisão direta do ministro Capanema, observamos o descontentamento de Barreto: "a criação de um serviço autônomo de saúde pública, independente do DNS [abriria] um precedente de conseqüências imprevisíveis" (Barreto, 1941, apud Fonseca, 2005: 187). Se atentarmos para o fato de que Barreto era o executor das reformas centralizadoras do Mesp, podemos entender melhor porque não concordou que um órgão com tanto poder como o Sesp, e com vínculos diretos com uma organização norte-americana, funcionasse fora daquela lógica que ele pessoalmente conduzia. Sua objeção residia na criação de uma agência 'especial', de uma estrutura administrativa paralela à estrutura do DNS e, portanto, apartada de sua autoridade.[62]

Entretanto, o Escritório dirigido por Rockefeller carecia empreender o programa de saúde e saneamento com a rapidez exigida pelos tempos de guerra, sem os constrangimentos administrativos e jurídicos comuns a uma agência direta da administração pública. Conforme o seu caráter jurídico 'especial', o Sesp subordinava-se formalmente ao Ministério da Educação e Saúde, mas, na prática, tinha bastante autonomia, ao contrário das agências regulares da administração pública direta. O Sesp recebia verbas norte-americanas e financiamento do governo federal, mas administrava seu orçamento com independência em relação ao ministro da Educação e Saúde, podendo contratar e demitir pessoal, decidir sobre salários e definir seus próprios procedimentos administrativos.

Apesar da coincidência entre os interesses americanos e brasileiros e de as políticas sanitárias do Sesp servirem ao movimento de expansão da

autoridade pública em curso, não podemos desprezar a enorme pressão exercida pelos Estados Unidos sobre o Governo Vargas. Em documento bastante revelador, um dos negociadores americanos do acordo, ignorando o personalismo reinante no regime Vargas, sugeriu ao ministro Capanema: que o planejado "instituto para combate à malária na Amazônia (...) *inicie seus trabalhos imediatamente, independentemente da autorização do presidente Vargas* que, talvez, não possa tomar imediatamente conhecimento da proposta [por nós] apresentada".[63] Outro indício das pressões norte-americanas são os diversos planos militares elaborados pelo Exército daquele país para a defesa do Hemisfério. O mais mirabolante de todos sugeria a Roosevelt a ocupação do nordeste brasileiro – com ou sem o consentimento de Vargas – por uma força de 100 mil soldados (Conn & Fairchild, 1960).

É muito improvável que os norte-americanos estivessem dispostos a uma intervenção militar no Brasil; a política da Boa Vizinhança sinalizava para uma outra direção nas relações com a América Latina. Por outro lado, a fragilidade econômica do país, provocada pela Guerra, foi crucial para a definição de apoio do Brasil aos Aliados. Como observam os analistas da história das relações internacionais, o Governo Vargas já não tinha muita alternativa, naquela conjuntura, senão assinar os Acordos de Washington e aliar-se aos norte-americanos, evitando assim um colapso na economia brasileira. Gerson Moura (1980), que desenvolveu a tese da 'autonomia na dependência', argumentou que, durante a década que precedeu a Segunda Guerra, o governo brasileiro adotou uma política de explorar todas as possibilidades que a conjuntura internacional de rivalidade entre as grandes potências oferecia ao Brasil. Moura apontou que a 'autonomia na dependência' deu ao Brasil espaço para barganhar com Estados Unidos e Alemanha ao mesmo tempo. Foi diante desta prática de barganha, como sugeriu Stanley Hilton (1975), que em 1940 a administração Roosevelt concordou com o financiamento de US$ 20 milhões para a siderúrgica de Volta Redonda, o primeiro grande projeto de indústria de base no Brasil.

A 'autonomia na dependência', entretanto, não durou muito tempo. Como Bandeira (1973) e Skidmore (1967) apontaram, a decisão de financiar Volta Redonda – previamente negociada por Vargas com a Alemanha – evitou a expansão da influência alemã no Brasil e abriu caminho para o alinhamento com os Estados Unidos. Letícia Pinheiro (1995) também identifica Volta Redonda como o ponto de inflexão nas relações Brasil-Estados Unidos, quando a 'autonomia na dependência' transformou-se numa

'dependência *tout court*'. Pinheiro afirma que, a partir de 1940, não é mais possível considerar a política internacional brasileira como neutra, apesar de o discurso oficial continuar afirmando neutralidade. Após a declaração do bloqueio comercial britânico em 1939, o comércio entre a Alemanha e o Brasil deteriorou-se (Hilton, 1975). Com o fechamento dos mercados europeus, o Brasil teve que se voltar para os Estados Unidos. No segundo semestre de 1942, a Alemanha afundou diversos navios mercantes brasileiros na costa do Nordeste e, em agosto do mesmo ano, o Brasil declarou guerra à Alemanha.[64]

Notas

1. Primeiro órgão internacional de saúde, a Oficina Sanitária Internacional ainda existe, sob o nome de Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).
2. "O controle da malária no exército norte-americano", *Boletim do Sesp*, n. 29 (1949): 6.
3. *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 41 (April 1944): 1; "Dois anos de cooperação continental", *Boletim do Sesp*, n. 9 (maio 1944): 1-4.
4. "A Health and Sanitation Division em 18 países", *Boletim do Sesp*, n. 4 (janeiro 1944): 6.
5. Do total de técnicos, 51 estavam no Brasil, 16 na Colômbia e no Peru, 14 na Bolívia e no Equador, nove em El Salvador e Paraguai, seis na Guatemala e Venezuela, cinco no Chile, na República Dominicana, no Haiti, na Nicarágua e no Uruguai, quatro em Honduras, México e Panamá e três em Costa Rica. Cf. "Field Personnel", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 41 (April 1944): 6-9.
6. Dunham, G. C. The Cooperative Health Programs of the American Republics. *American Journal of Public Health*, 34, n. 8 (August 1944): 818-819, National Archive and Records Administration (doravante Nara), Record Group (doravante RG) 287, Publications of the Federal Government, President of the United States, 1789-, Box Pr. 282.
7. "Programa cooperativo interamericano", *Boletim do Sesp*, n. 24 (julho 1945): 7.
8. "Speech of the Honorable A. A. Berle Jr., Assistant Secretary of State, on Latin American Lecture Series, at the Shoreham Hotel, Washington, D. C., November 19, 1940, at 11:00 A. M", p. 2. FDR Library, Berle Papers, Ambassador to Brazil: Correspondence, 1945-1946, Box 77.
9. "Speech of the Honorable A. A. Berle Jr., Assistant Secretary of State, on Latin American Lecture Series, at the Shoreham Hotel, Washington, D. C., November 19, 1940, at 11:00 A. M", p. 3. FDR Library, Berle Papers, Ambassador to Brazil: Correspondence, 1945-1946, Box 77.
10. Além do Brasil, assinaram acordos de compensação com a Alemanha, Venezuela, Colômbia, Peru, Equador, Nicarágua, Guatemala e El Salvador (Bandeira, 1994: 41).
11. Havia divergências, entretanto, dentro do governo brasileiro sobre a conveniência da aproximação comercial com a Alemanha, como mostra Corsi (2000: 63-64). Para uma boa descrição dos acordos bilaterais com a Alemanha, ver: Seitenus (1985: 76-80).

[12] "Speech of the Honorable A. A. Berle Jr Assistant Secretary of State, on Latin American Lecture Series, at the Shoreham Hotel, Washington, D. C., November 19, 1940, at 11:00 A. M", p. 4-6. FDR Library, Berle Papers, Ambassador to Brazil: Correspondence, 1945-1946, Box 77.

[13] Office of the Coordinator of Inter-American Affairs, *History of the Office of the Coordinator of Inter-American Affairs: Historical Reports on War Administration*. Washington, D. C., GPO, 1943, p. 12. Trata-se da história oficial desta agência e documento fundamental sobre o tema.

[14] "Speech of the Honorable A. A. Berle Jr., Assistant Secretary of State, on Latin American Lecture Series, at the Shoreham Hotel, Washington, D. C., November 19, 1940, at 11:00 A. M", p. 2. FDR Library, Berle Papers, Ambassador to Brazil: Correspondence, 1945-1946, Box 77.

[15] Coordinator of Inter-American Affairs, *Basic Data on the Other Republics*. Washington, D. C., GPO, 1945, p. 25. Um dos fatores da importância da Alemanha para a economia brasileira achava-se no percentual significativo da presença alemã ou brasileira de origem alemã em nosso país, algo próximo dos 3% da população do Brasil da primeira metade da década de 1930. Além de constituir um atraente mercado, este grupo se compunha de empresários que participavam ativamente da economia e do comércio exterior e mantinham hegemonia sobre o transporte aéreo do país (Bandeira, 1994: 43).

[16] "Speech of the Honorable A. A. Berle Jr., Assistant Secretary of State, on Latin American Lecture Series, at the Shoreham Hotel, Washington, D. C., November 19, 1940, at 11:00 A. M", p. 5. FDR Library, Berle Papers, Ambassador to Brazil: Correspondence, 1945-1946, Box 77.

[17] Sumner Welles to Jefferson Caffery, May 8, 1940, p. 2. FDR Library, Sumner Welles Papers, Latin American Files, 1919-1943, Box 168.

[18] Nelson Aldrich Rockefeller (1908-1979), empresário e líder político, possuía interesses em petróleo – inclusive na Venezuela. Também se envolveu nas atividades filantrópicas da Fundação Rockefeller. Ocupou diversos cargos: foi coordenador do Escritório para Assuntos Interamericanos (1940-1944); secretário de Estado assistente para Assuntos Latino-americanos (1944-1945); membro da Secretaria do Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar (1953-1954); assistente especial do presidente para Assuntos Estrangeiros (1954-1955); governador de Nova York (1959-1973); e vice-presidente dos Estados Unidos (1974-1977).

[19] Office of the Coordinator of Inter-American Affairs, *History of the Office of the Coordinator of Inter-American Affairs: Historical Reports on War Administration*. Washington, D. C., GPO, 1943, p. 7, 279. Ver também: AHI, Correspondência Diplomática Oficial. Ofícios de Washington. 31 de março de 1942. "Borracha". Localização: 48/5/2.

[20] "Diretrizes gerais aos ministérios, tendo em vista a situação criada pelo estado de guerra na Europa, 1-9-1939", p. 1-4, Arquivo Gustavo Capanema (doravante AGC), Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (doravante CPDOC), série Ministério da Educação e Saúde (doravante MES), Assuntos Políticos, 39.07.06, i.

[21] "Diretrizes gerais aos ministérios, tendo em vista a situação criada pelo estado de guerra na Europa, 1-9-1939", p. 4, 7, AGC, CPDOC) série MES, Assuntos Políticos, 39.07.06, i.

[22] Office of the Coordinator of Inter-American Affairs, *History of the Office of the Coordinator of Inter-American Affairs: Historical Reports on War Administration*. Washington, D. C., GPO, 1943, p. 3, 7, 176. O fato de a agência estar diretamente subordinada à presidência da República demonstra sua importância estratégica. Apesar desta subordinação direta, Rockefeller não tinha autonomia absoluta na direção do Escritório, pois a formulação de suas políticas era feita em comum acordo com o Departamento de Estado. Com o final da guerra e a perda de prestígio da política da Boa Vizinhança, o Escritório foi colocado sob o Departamento de Estado.

[23] Office of the Coordinator of Inter-American Affairs, *History of the Office of the Coordinator of Inter-American Affairs: Historical Reports on War Administration*. Washington, D. C., GPO, 1943, p. 9, 41, 67, 92-102, 152.

[24] Sumner Welles to Jefferson Caffery, May 8, 1940, p. 1. FDR Library, Sumner Welles Papers, Latin American Files, 1919-1943, Box 168.

[25] Memorandum from the War Department to the Secretary of State, February 7, 1941, Nara, RG 59, Decimal File, 1940-1944, Box C 115.

[26] Segundo Fred Soper, "Nelson Rockefeller havia preparado um prospecto sobre as condições de saúde nas Américas e estava propondo um programa de cinco anos com o objetivo de levantar o nível de saúde ao custo de 150 milhões de dólares" (Soper, 1977: 256). Sobre as negociações com Capanema ver: Manuscrito de Gustavo Capanema, s/d, AGC, CPDOC, MES, Subsérie Saúde e Serviço Social (doravante SSS), documentos do Sesp (doravante Sesp), filme 65, GC 36.10.21, h. O médico norte-americano Fred Lowe Soper (1893-1977) formou-se no Rush Medical College, em Chicago, em 1918. Logo foi recrutado pela Fundação Rockefeller, onde trabalhou por 27 anos como membro da Divisão Internacional de Saúde, grande parte deste tempo na América do Sul. No Brasil, organizou programas de combate à febre amarela nas décadas de 1920 e 1930 e dirigiu a campanha antimalária contra o *Anopheles Gambiae* entre 1938 e 1940, com uma estratégia de erradicação vitoriosa que muito contribuiu para a valorização deste conceito na comunidade internacional de sanitaristas. Durante a Segunda Guerra, foi enviado para o Mediterrâneo, onde aperfeiçoou métodos de controle da febre tifóide, que ameaçava o avanço das forças Aliadas na Itália. No trabalho com o controle do tifo, Soper realizou um dos primeiros testes de campo para o então novo inseticida DDT. Soper foi também Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas) entre 1947 e 1959, sendo responsável pelo aumento do orçamento e das atividades da organização.

[27] Ata final da terceira reunião de consulta dos ministros das Relações Exteriores das repúblicas americanas, Rio de Janeiro, 15 a 28 de janeiro de 1942, FDR Library, Summner Welles Papers, Latin American Files, 1919-1943, Box 187. Os delegados também recomendaram que todos os países americanos rompessem relações diplomáticas com os países do Eixo e tomassem medidas para eliminar a influência do nazismo em seus países.

[28] Coordinator of Inter-American Affairs, *Basic Data on the Other Republics*. Washington, D. C., GPO, 1945, p. 28-31.

[29] O. K. D. Ringwood and Olive Holmes, "Status of Brazilian-U.S. War Agreements", attached to *Foreign Office Reports* 15, n. XXI (October 1945), FDR Library, Berle Papers, Ambassador to Brazil: Correspondence, 1945-46, A-C, Box 74. Também

AHI, Correspondência Diplomática Oficial. Ofícios de Washington, 9 de março de 1942. "Acordos para a compra de Borracha". Localização: 48/5/2. Para uma análise crítica dos Acordos de Washington, ver Corsi (2000).

[30] "Health and Sanitation Program Agreement Between the United States of America and Brazil, Effected by Exchange of Notes Signed at Washington, March 14th, 1942", p. 1, 3, *Department of State Publication 2063*, Executive Agreements Series 372. Grifos nossos.

[31] "A Amazônia", *Correio da Manhã*, 31 de dezembro de 1942, p. 1; "O problema de saneamento da Amazônia", *Correio da Manhã*, 18 de abril de 1942, p. 10.

[32] A ocorrência de diferentes nomes para a pasta da Saúde deve-se a sucessivas reformas ministeriais. A existência do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) compreende o período que vai de 1930 a 1937. O nome do Ministério altera-se para Ministério da Educação e Saúde (MES) quando da primeira reforma de Capanema, em 1937. Em 1953 uma outra reforma originou o Ministério da Saúde, desta feita separada da esfera da educação.

[33] Sumner Welles to the Department of State, March 19, 1942, p. 2-3, FDR Library, Sumner Welles Papers, Latin American Files, 1919-1943, Box 169. No AHI, o documento está em: Correspondência Diplomática Oficial. Ofícios de Washington. 17 de março de 1942. "Oferta de 5 milhões de dólares para obras de saneamento no Brasil". Localização: 48/5/2.

[34] Segundo John Foster Dulles, existia entre alguns membros do governo americano a percepção de que o governo brasileiro "parecia preocupar-se mais com a futura independência econômica do que com a mobilização imediata necessária para o enfrentamento da grave situação internacional" (Dulles, s/d: 227).

[35] Desde 1942, o grande esforço da diplomacia norte-americana no aspecto econômico estava concentrado na criação de agências internacionais que organizassem a comunidade internacional no pós-guerra: as Nações Unidas e os projetos de uma organização mundial de comércio e de uma organização financeira internacional (Malan, 1984). Nesta perspectiva internacionalista, o acordo sanitário assinado entre o Iaia e os diversos países latino-americanos foi o primeiro acordo, de governo a governo, assinado no campo da saúde pública.

[36] Office of the Coordinator of Inter-American Affairs, *History of the Office of the Coordinator of Inter-American Affairs: Historical Reports on War Administration*. Washington, D. C., GPO, 1943, p. 117.

[37] "Dr. George C. Dunham resigns: Colonel Harold B. Gotaas is the new president of the Institute of Inter-American Affairs", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 78 (September 1945): 1; "Notícias Pessoais", *Boletim do Sesp*, n. 17 (dezembro de 1944): 10.

[38] Office of the Coordinator of Inter-American Affairs, *History of the Office of the Coordinator of Inter-American Affairs: Historical Reports on War Administration*. Washington, D. C., GPO, 1943, p. 115-116.

[39] "A Principle for Peace: New Pattern for Cooperation Between Nations", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 77 (August 1945): 4.

[40] Office of the Coordinator of Inter-American Affairs, *History of the Office of the Coordinator of Inter-American Affairs: Historical Reports on War Administration*. Washington, D. C., GPO, 1943, p. 231-233.

[41] Institute of Inter-American Affairs, *The Program of the Institute of Inter-American Affairs* (Washington, D. C.: GPO, 1949), p. 4.

[42] Dunham, G. C. The Cooperative Health Programs of the American Republics. *American Journal of Public Health*, 34, n. 8 (August 1944): 819, Nara, RG 287, Publications of the Federal Government, President of the United States, 1789-, Box Pr. 282. O nome *Servicio Cooperativo Inter-Americano de Salud Publica* foi utilizado na Bolívia, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai e Peru. No Chile, a agência foi nomeada *Departamento Cooperativo Inter-Americano de Obra de Salubridad*; no Haiti, *Mission Sanitaire Americaine*; no México, *Dirección de Cooperación Inter-Americano de Salubridad Publica*; na Venezuela, *Oficina Cooperativo Inter-Americano de Salud Publica* e, no Brasil, Serviço Especial de Saúde Pública. Cf. *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 41 (April 1944): 1.

[43] Institute of Inter-American Affairs, *The Program of the Institute of Inter-American Affairs* (Washington, D. C.: GPO, 1949), p. 5-7; Office of the Coordinator of Inter-American Affairs, *History of the Office of the Coordinator of Inter-American Affairs: Historical Reports on War Administration*. Washington, D. C., GPO, 1943, p. 235.

[44] Office of the Coordinator of Inter-American Affairs, *History of the Office of the Coordinator of Inter-American Affairs: Historical Reports on War Administration*. Washington, D. C., GPO, 1943, p. 236-237.

[45] "A Principle for Peace: New Pattern for Cooperation Between Nations", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 77 (August 1945): 4. As informações sobre a média das contribuições são conflitantes, pois em outros documentos a média é apontada como sendo de 20 para 1. Cf. Institute of Inter-American Affairs, *The Program of the Institute of Inter-American Affairs* (Washington, D. C.: GPO, 1949), p. 8-9.

[46] Institute of Inter-American Affairs, *The Program of the Institute of Inter-American Affairs* (Washington, D. C.: GPO, 1949), p. 8-9.

[47] Office of the Coordinator of Inter-American Affairs, *History of the Office of the Coordinator of Inter-American Affairs: Historical Reports on War Administration*. Washington, D. C., GPO, 1943, p. 119. A atitude de buscar o comprometimento financeiro dos países latino-americanos para com o projeto das agências sanitárias é mais um indício de que Rockefeller planejava a continuidade do programa para depois da Guerra.

[48] Apesar do decréscimo das contribuições americanas, o Iaia tinha como política nunca reduzir "sua contribuição ao programa a ponto dela tornar-se tão insignificante que as atividades deixassem de ser financiadas de forma compartilhada e, portanto, deixassem de ser controladas da mesma". Cf. Institute of Inter-American Affairs, *The Program of the Institute of Inter-American Affairs* (Washington, D. C.: GPO, 1949), p. 9.

[49] "Contrato", AHI. Contratos. 17 de julho de 1942. Localização: XXXI-8; "Contrato relativo ao saneamento do Vale do Rio Doce", AHI. Contratos. 10 de fevereiro de 1943. Localização: XXXI-15; "Contrato relativo ao prosseguimento de cooperação em matéria de saneamento e saúde pública no Brasil", AHI. Contratos. 25 de novembro de 1943. Localização: XXXIII-1; "Contrato de prorrogação aos termos do contrato firmado em 17 de julho de 1942". AHI. Contratos. 14 de janeiro de 1949. Localização: XXXI-8; "Contrato de prorrogação aos termos do contrato firmado em 17 de julho de 1942". AHI. Contratos. 1 de setembro de 1949. Localização: XXXI-8; "Contrato de prorrogação aos termos do contrato firmado em 17 de julho de 1942". AHI. Contratos. 31 de janeiro de 1950. Localização: XXXI-8; "Contrato de prorrogação aos termos

do contrato firmado em 17 de julho de 1942". AHI. Contratos. 30 de setembro de 1950. Localização: 382/3/52; "Suplemento ao contrato firmado em 30 de setembro de 1950, que prorrogou os termos do contrato firmado em 17 de julho de 1942". AHI. Contratos. 31 de setembro de 1950. Localização: 389/3/52; "Contrato sobre suplementação de verbas do Sesp para o período de 1 de julho de 1952 até 30 de junho de 1953". AHI. Contratos. 9 de janeiro de 1953. Localização: XXXI-1; "Contrato sobre suplementação de verbas do Sesp para o período de 1 de julho de 1953 até 30 de junho de 1954". Localização: 392/2/5. O valor, em moeda nacional, do financiamento do Brasil e dos Estados Unidos foi convertido a partir da cotação do dólar na data da assinatura dos contratos, segundo dados do *Jornal do Brasil* e *Jornal do Commércio*, para depois ser traçado o percentual correspondente que, na Tabela 2, aparece aproximado. A tabela só cobre até o ano de 1954, por não termos encontrado os contratos posteriores a este ano.

[50] Dunham, G. C. The Cooperative Health Programs of the American Republics. *American Journal of Public Health*, 34, n. 8 (August 1944): 819-823, Nara, RG 287, Publications of the Federal Government, President of the United States, 1789-, Box Pr. 282.

[51] Termos de Contrato, AGC, CPDOC, MES, SSS, Sesp, filme 65, GC 36. 10. 21 h. Também AHI, Contratos – 17 de julho de 1942. "Contrato". Localização: XXX–8.

[52] Entre os sanitaristas que, naquela ocasião, deliberaram sobre o programa de saúde para o Brasil, estavam Dunham e Saunders, representando o Iaia; Fred Soper, pela Fundação Rockefeller; e Sérvulo Lima, do Departamento de Saúde do Distrito Federal. Cf. Dunham to Rockefeller, April 16, 1942, Nara, RG 229, Departament of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1999. O nome originalmente pensado para o Sesp fora Serviço Especial de Controle de Doenças Transmissíveis. Cf. Memorandum from John C. Mc.Clintock to the Board of Directors of the Iiaa, April 27, 1942, Nara, RG 229, Records of Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[53] Serviço Especial de Saúde Pública, *Boletim comemorativo do 10º. aniversário do Sesp do Ministério da Educação e Saúde, 17 de julho de 1952*, Rio de Janeiro, MES, 1952, p. 9. Apesar da referência ao controle da lepra, tal projeto nunca foi empreendido pelo Sesp.

[54] *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 1 (October 1942): 2.

[55] AHI – Contratos – 10 de fevereiro de 1943. "Contrato relativo ao saneamento do Vale do Rio Doce". Localização: XXXI – 15.

[56] Master Program for Rio Doce Project, p. 1-3, Report of the Brazilian Field Party for the month of January, 1943, RG 229, Records of Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[57] Gustavo Capanema, "Um serviço especial". AGC, CPDOC, MES, SSS, Sesp, filme 65. GC 36.10.21.

[58] "The problem of sanitation in the Amazon, statement by the Minister of Education and Health", p. 1, attached to Memorandum from Saunders do Dunham, July 24, 1942, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties, (E-143), Brazil, Box 1599.

[59] Memorandum 897, from the Brazilian Division to the Coordinator, Rio de Janeiro, April 18, 1942, p. 1, Nara, RG 229, General Records, Central Files, Basic Economic, Country Files, Brazil, Box 83.

[60] Brief of the Memorandum 897, from the Brazilian Division to the Coordinator, Rio de Janeiro, April 18, 1942, Nara, RG 229, General Records, Central Files, Basic Economic, Country Files, Brazil, Box 83.

[61] "Convém distinguir ...", p. 1-2, clipping from *Correio da Manhã*, March 13, 1942, Translation # 138, Nara, RG 229, General Records, Central File, 1. Basic Economic, Country Files, Brazil, Box 83; Memorandum 897 from the Brazilian Division to the Coordinator, p. 3.

[62] Outra explicação para a resistência de Barreto ao acordo sanitário está no fato de ele ter sido afastado do projeto de saneamento da Amazônia que seria realizado pelo Ministério da Educação e Saúde. Em 1940, a pedido de Capanema, Evandro Chagas iniciou um plano de combate à malária na região amazônica, a ser implementado pelo DNS. Em outubro, o presidente Vargas manifestou seu apoio ao projeto e nomeou uma comissão para implementá-lo, a partir de 1941. A comissão era composta, entre outros, por Barros Barreto e Evandro Chagas. O acordo sanitário com os americanos alterou a situação e o saneamento da Amazônia não seria mais dirigido pelo DNS, mas sim pelo Sesp. Cf. Gustavo Capanema, The problem of sanitation in the Amazon, Statement by the Minister of Education and Health, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitatin Division, Monthy Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599. A resistência de Barreto à criação do Sesp encontra-se coerente com a atitude tomada em 1939, quando Capanema transferiu os serviços de saúde da União no Distrito Federal para a Prefeitura do DF. Na ocasião, Barreto não concordou com a medida e pediu demissão do DNS (Fonseca, 2005: 168-169).

[63] Carta de Dunham para Capanema, Rio de Janeiro, 13 de maio de 1942. AGC, CPDOC, MES, SSS, Sesp, filme 65, GC 36.10.21. Supomos que a alusão ao fato de que Vargas "não pudesse tomar imediatamente conhecimento da proposta" se deve ao acidente de carro sofrido pelo presidente quando voltava de Petrópolis. O grifo é nosso.

[64] AHI. Correspondência Diplomática Oficial. Ofícios de Washington. 19 de agosto de 1942. "Torpedeamento de navios brasileiros". Localização: 48/5/4.

2

E o Brasil Continuava a Ser um 'Imenso Hospital'

Apesar de a segurança nacional dos Estados Unidos estar no foco de preocupação dos estrategistas que planejaram o programa de saúde e saneamento, nem as notas diplomáticas trocadas em março nem o Acordo Básico assinado em julho de 1942 mencionavam ações de saneamento nas bases militares americanas no Brasil. Em documentos mais reservados, porém, eram enfatizados os objetivos militares do programa, como por exemplo em um memorando no qual Rockefeller informou ao presidente Roosevelt que o general Dunham esperava reunir-se com Vargas "para a aprovação final de vários projetos que são de tremenda importância para as nossas forças armadas estacionadas nos portos entre Belém e Recife".[1] Erb (1985) confirma que a segurança nacional estava no centro das preocupações dos estrategistas norte-americanos quando da assinatura do acordo de saneamento. Também Blumenthal (1968: 109) indicou que os programas sanitários conduzidos por Dunham no Brasil visavam "salvaguardar a saúde do pessoal militar americano estacionado entre Recife e Belém". Um objetivo militar determinou, portanto, as primeiras ações do Sesp: sanear as áreas que receberiam tropas americanas no Brasil e as regiões produtoras de matérias-primas estratégicas. A omissão do saneamento do entorno das bases militares nas notas diplomáticas e acordos estava relacionado à natureza confidencial do tema. A presença de bases americanas em território brasileiro foi uma questão controversa no país, especialmente em virtude do forte apelo nacionalista do regime Vargas e das simpatias, de parte do governo e das Forças Armadas, pela Alemanha nazista.

Negociando Bases Militares no Brasil

As negociações militares entre os governos brasileiro e americano iniciaram-se em 1940. Divergências políticas e militares, contudo, atrasaram um acordo final por dois anos. O ministro da Guerra manifestou-se a favor do pleito norte-americano, tendo em vista o reequipamento militar do Brasil; porém a reação do Exército e da Aeronáutica, que se opunham à entrada de tropas americanas no país, dificultou o compromisso. Os militares brasileiros afirmavam serem capazes de defender a costa do nordeste, se os modernos equipamentos de combate comprados pelo Brasil em 1940 fossem entregues pelos Estados Unidos. A questão das bases militares só foi solucionada depois da assinatura dos Acordos de Washington, em março de 1942, e do compromisso do governo americano de entregar os equipamentos militares aos brasileiros antes do final daquele ano (Conn & Fairchild, 1960).

Nacionalismo e soberania nacional eram questões voláteis, tratadas cuidadosamente durante as negociações. Alguns episódios são exemplares: a primeira tripulação americana que pousou em Belém, em junho de 1941, foi presa pelas autoridades locais, apesar de o governo brasileiro já ter anteriormente permitido que aeroplanos americanos pousassem no seu território (Carter, 1959). Um outro momento de tensão ocorreu quando da publicação, pela revista *Life*, em dezembro de 1941, de um artigo intitulado 'Bases aéreas no Brasil', em que se noticiava que aviões militares estavam transportando tropas para Natal e que a Panamerican Airways seria algo como "um braço não-oficial do governo norte-americano na América do Sul". Fotografias ilustravam legendas tais quais "um aeroplano sobrevoando um campo norte-americano da base norte-americana de Natal". Um mapa indicava os aeroportos e bases militares americanas na costa brasileira, do Amapá até Salvador.[2]

O chanceler Oswaldo Aranha protestou imediatamente junto ao embaixador norte-americano, informando que "não estava ciente" de que "o Brasil tivesse cedido qualquer parte do seu território ao governo de sua Excelência".[3] Em contrapartida, o presidente Roosevelt recebeu um telegrama alarmante da embaixada no Rio de Janeiro:

> Todas as cópias da *Life* disponíveis foram compradas no Rio de Janeiro por agentes do Eixo e distribuídas em quartéis do Exército e da Marinha do Brasil. Isso criou uma séria reação contra o governo e contra Aranha (...) e nos causou um sério retrocesso.[4]

Roosevelt teve que intervir, mandando seu secretário pessoal até o editor da revista para "amenizar o efeito negativo do artigo", que "é definitivamente pernicioso para as nossas relações com o Brasil".[5] O incidente aconteceu poucos dias antes do início da Conferência de Ministros das Relações Exteriores no Rio de Janeiro, em janeiro de 1942, que abriu caminho para a oficialização da aliança militar brasileiro-americana.

Entretanto, mesmo antes da assinatura do acordo militar de 1942 o governo brasileiro autorizara diversos projetos em território nacional. Concordou que a Panamerican Airways construísse oito aeroportos nas costas norte e nordeste; permitiu que os americanos enviassem, de Natal, aviões e armamentos para os ingleses; assentiu que aviões civis norte-americanos utilizassem aeroportos brasileiros quando em trânsito; autorizou os navios da frota do Atlântico Sul a atracar nos portos de Recife e Salvador quando em missões de patrulha (Conn & Fairchild, 1960); e, finalmente, em julho de 1941, abonou a construção de oito bases militares no litoral brasileiro: uma no Amapá e outras nos arredores das cidades de Belém, São Luís, Fortaleza, Natal, Recife, Maceió e Salvador (West, 1963). Esta cadeia de bases e aeroportos tencionava o transporte de soldados e equipamentos dos Estados Unidos para a África e o Oriente Médio, através da rota do Atlântico Sul. Ainda em 1941, os dois governos assinaram o Acordo de Planejamento Conjunto Brasileiro-Americano e prepararam um plano de defesa, oficializado com o acordo militar de 1942 (Conn & Fairchild, 1960). Neste sentido, uma das primeiras tarefas do Sesp foi a de auxiliar na criação de 'enclaves sanitários' para proteger as tropas norte-americanas aqui instaladas. Para isto, foi realizado um levantamento nosológico do nordeste do Brasil.

Conhecer para Proteger: relatórios médicos e nosologia do Nordeste brasileiro

Com a assinatura do Acordo de Planejamento Conjunto Brasileiro-Americano, o exército dos Estados Unidos elaborou uma pesquisa sobre as condições nosológicas do Nordeste, objetivando identificar as doenças que pudessem ameaçar suas tropas. O inquérito foi coordenado pelo general e médico-sanitarista George G. Dunham, o estrategista do programa de saúde e saneamento do Escritório, e apresentado ao Departamento de Guerra dos Estados Unidos em 1941. No entanto, mesmo antes das negociações

oficiais os americanos levantavam informações sanitárias sobre o Brasil. Em julho de 1940, o navio Passage to Boston atracou nos portos de Belém, Santos e Porto Alegre, enquanto seu oficial médico elaborava relatório para a marinha americana. Encaminhado ao Departamento de Guerra, o relatório objetivava identificar doenças contagiosas, além de coletar informações sobre serviços de água e esgoto, abastecimento de gêneros, legislação sanitária, hospitais e centros médicos existentes nas cidades.[6] O fato de este navio ter ido até o sul do país é indício da preocupação do governo americano com uma possível ameaça nazista naquela região, onde havia população de origem alemã e italiana, além de fronteiras com a Argentina, cujo governo era suspeito de nutrir simpatia pelo nazismo.

No ano de 1941, três relatórios médicos foram realizados. Um deles, menos detalhado, elaborado pelo Escritório do Cirurgião Geral dos Estados Unidos, órgão equivalente ao nosso Ministério da Saúde, consistia em uma descrição geral das condições de saúde no Brasil.[7] Outro relatório foi elaborado por George Dunham e focava a sua atenção nos estados do Nordeste, descrevendo as principais doenças, serviços de saúde e saneamento, além da produção e distribuição de alimentos.[8] O terceiro e mais extenso dos relatórios, que incluiu o Pará e o Amazonas, foi preparado pela Comissão Mista de Inquérito Sanitário, formada por médicos militares brasileiros e americanos para "estudar os aspectos do clima, recursos médicos, alimentação do povo, condições hospitalares e geografia local e como isto afeta a saúde e a doença, tudo em vista da mobilização dos recursos locais e da concentração das tropas".[9] Seu objetivo era identificar as condições de higiene, zonas de doenças endêmicas e epidêmicas, equipamentos de água e esgoto, vetores de doenças, meios de transporte e hospitalização de enfermos tendo em vista o aquartelamento de soldados. Os componentes da comissão percorreram 21 mil quilômetros entre o Norte e o Nordeste, valendo-se dos mais variados meios de transporte, concluindo o trabalho de campo em "três meses e dezesseis dias".[10] Uma tarefa extraordinariamente bem-sucedida, considerando-se o tamanho do Brasil e as condições de transporte daquele tempo. Resultado de um objetivo militar pontual – informar ao exército americano as condições nosológicas da região e prover informações que orientassem medidas sanitárias preventivas para suas tropas –, os relatórios decorrentes do trabalho da comissão, tomados em conjunto, descrevem um quadro dramático das condições sanitárias do Nordeste brasileiro no início da década de 1940, sugerindo que o Brasil continuava a ser 'um grande hospital'.

George Dunham estabeleceu uma hierarquia dentre as doenças potencialmente ameaçadoras para as tropas norte-americanas no Brasil. Ele indicou a malária, as disenterias, a febre tifóide e as doenças venéreas como as mais severas ameaças à saúde dos soldados. Ao proceder a esta seleção, Dunham confirmava um quadro típico de guerra, pois tais patologias estavam entre as que, historicamente, sempre causaram grandes baixas em campanhas militares. Para aquelas doenças, propôs-se um conjunto de medidas preventivas; outras, que os relatórios também registraram, mas que Dunham considerou doenças de "menor importância", não foram objeto de quaisquer ações preventivas. Entre estas, achavam-se algumas das enfermidades mais devastadoras para a população civil: esquistossomose, ancilostomose, peste bubônica, lepra, tracoma, boubas, varíola, tuberculose, doenças do aparelho respiratório, além das doenças nutricionais e de um alto índice de mortalidade infantil. Quanto ao então principal problema de saúde pública no Brasil, a tuberculose, Dunham observou que, apesar de ser esta doença muita disseminada entre a população civil, ela não seria problema para seus soldados.[11]

No grupo das doenças entéricas, a febre tifóide, a disenteria amebiana e a bacilar eram as maiores ameaças sanitárias para as tropas, devido às precárias condições de fornecimento de água, esgoto e processamento de alimentos.[12] A febre tifóide, uma infecção adquirida no contato com água ou alimentos contaminados, provoca profunda fraqueza e seu índice de letalidade pode chegar a 10% (LeBaron & Taylor, 1993). Na década de 1940, essa doença era endêmica no Brasil, onde mesmo no Rio de Janeiro e São Paulo "epidemias esporádicas ocorriam".[13] Freitas Filho (1956: 25) classificou seu índice de mortalidade entre 1940 e 1954 como "muito alto ou alto" em 20 capitais brasileiras, apesar de detectar uma tendência de declínio em 18 capitais.

Os relatórios militares informavam que a febre tifóide ocorria "de forma esporádica e endêmica", sendo a alimentação um importante fator de transmissão.[14] Em 1943, o Departamento de Saúde do Ceará alertava que a febre tifóide estava em expansão no estado.[15] Em junho daquele ano uma epidemia irrompeu em Fortaleza e nas pequenas cidades ao longo da rota dos migrantes para a Amazônia.[16] A febre tifóide e a sua variante, a febre paratifóide, estavam em segundo lugar no grupo das doenças contagiosas tratadas nos centros de saúde do Ceará em 1943, perdendo apenas para a tuberculose.[17] No ano seguinte, uma epidemia de febre tifóide

devastou o Recife, provocando uma "ansiedade generalizada na população". Como medida preventiva, o comando da marinha americana na cidade imediatamente ordenou "o reforço da vacinação contra tifóide" e proibiu "o consumo de vegetais crus".[18]

Ainda sobre as doenças entéricas, os relatórios médicos mostravam que a disenteria amebiana era "comum em qualquer canto do país e constituía uma ameaça para os estrangeiros".[19] A amebíase, que é uma infecção intestinal transmitida por alimentos ou água contaminada (Patterson, 1993), estava presente em todo o Nordeste, onde alguns médicos brasileiros "*estimavam* que 25% da população eram portadores dessa infecção".[20] As péssimas condições sanitárias nas 20 capitais brasileiras eram responsáveis por uma taxa de mortalidade, provocada por disenterias, muito alta entre 1940 e 1954, apesar de Freitas Filho (1956: 39) identificar um declínio dessas taxas em nove capitais, naquele período. Quando a Comissão Mista de Inquérito Sanitário visitou Natal, detectou "um intenso surto de disenteria amebiana numa cidade já duramente atacada" pela doença.[21]

As doenças sexualmente transmissíveis eram uma grande fonte de preocupação do Departamento de Guerra norte-americano em relação às suas tropas no Brasil. Um panfleto advertia os soldados para "a alta incidência de doenças venéreas, *que é praticamente universal entre a população nativa das Américas Central, do Sul e do Caribe*".[22] Os médicos americanos afirmavam que estas doenças eram "muito comuns" em todo o Brasil, e consideravam "negligentes" as ações públicas de controle. A uma avaliação do tipo, um médico americano acrescentou que as "doenças venéreas não eram olhadas com grande preocupação pela população", em contraste com a percepção sobre a tuberculose, "definitivamente um estigma social".[23] Outro norte-americano classificou a ocorrência de doenças venéreas nos portos brasileiros como "calamidade nacional". Segundo este observador, "numa viagem de 105 dias pelos portos da costa leste da América do Sul, 90 dias de trabalho foram perdidos por causa de doenças venéreas".[24] Dunham classificou como "alta" a incidência de doenças sexualmente transmissíveis no Nordeste, complementando que os esforços oficiais contra a propagação das patologias eram muito limitados, e que havia "muito pouco controle policial sobre a prostituição".[25] Tal avaliação, por mais que tivesse fundamento, refletia também a percepção dos norte-americanos sobre a dita liberalidade sexual dos latinos.

Como pudemos observar, os relatórios não contêm números, percentagens ou dados concretos, mas sim uma percepção subjetiva: "alta", "muito

alta", "muito prevalente", "calamidade nacional" e "extremamente difundidas" são algumas das expressões encontradas no discurso dos médicos. Sobre Recife, por exemplo, Dunham escreveu que "a incidência de doenças venéreas não é conhecida mas é muito alta".[26]

Depois da chegada dos norte-americanos ao Nordeste, a preocupação com o tema doenças venéreas aumentou, sendo o caso do Recife um bom exemplo. Quando Dunham passou pela cidade, em 1941, assinalou que a sífilis era "muito prevalecente"; três anos depois, o Observador Naval Militar no Recife afirmava estar a prostituição "crescendo como nunca devido ao fluxo de norte-americanos e à grande quantidade de dinheiro que circula" pela cidade. De fato, houve um forte aumento no percentual de casos de doenças sexualmente transmissíveis no Hospital da Marinha Americana no Recife. O hospital, "o maior centro médico da Marinha na América do Sul" na época, estava com 45% dos seus leitos ocupados com casos de doenças venéreas em 1943. Talvez pressionadas por estes dados, as autoridades do Recife iniciaram um programa de controle, "inspirado no padrão norte-americano".[27]

Também em Natal e Teresina os americanos encontravam "altos índices" de doenças venéreas. Em Natal – onde o número de soldados americanos era bem maior do que nas outras cidades do Nordeste – Dunham observou serem essas doenças "extremamente difundidas". Ele também registrou "um grande número de prostitutas" na cidade, e lamentou que "nenhuma medida de controle" fosse exercida pelas autoridades locais. O Observador Naval norte-americano – aparentemente sem nenhuma estatística – avaliou, em 1943, que 60% da população de Natal tinha sífilis, porém reconheceu que "algumas medidas de controle" estavam sendo tomadas nos centros de saúde da cidade.[28] Na Parnaíba, estado do Piauí, as doenças sexualmente transmissíveis estavam em primeiro lugar na lista de casos tratados pelo centro de saúde da cidade em 1941, representando 37% do total, com a malária vindo em segundo lugar com 27% dos registros médicos.[29]

Embora Dunham tenha considerado a malária, as doenças entéricas e as venéreas como as principais ameaças à saúde de seus soldados, ele também registrou outras patologias com "especial consideração". Uma das mais importantes foi a peste bubônica, que no início da década de 1940 teve surtos registrados na Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, Equador, Peru, Venezuela e Estados Unidos.[30] Esta doença infecciosa, que tem seu reservatório em roedores, é altamente letal e pode matar 60% das vítimas

em uma semana (Gottfried, 1983; Carmichael, 1993). O DNS reconhecia ser a peste um grave problema sanitário no Brasil, e as autoridades sanitárias americanas afirmavam ser esta doença recorrente em 16 dos 21 estados e territórios brasileiros. Seu foco mais importante estava no interior do Nordeste; porém, havia um foco menor em São Paulo, o que incluía a capital. Dunham avaliou que a peste poderia ameaçar as tropas americanas porque Recife, Maceió e João Pessoa eram focos de "ratos infectados".[31] Os focos de bubônica no Nordeste estavam nos estados de Alagoas, Pernambuco e Paraíba, "onde a infecção era endêmica e esporadicamente atingia humanos".[32] A Comissão Mista de Inquérito Sanitário encontrou em vários municípios de Alagoas uma "alta incidência de peste" e registrou que, em Pernambuco, epidemias "ocorriam anualmente" sendo responsáveis por óbitos a menos de 50 km da capital. Na Paraíba, entre 1939 e 1941, casos de peste foram registrados em quase todos os municípios ao redor da cidade de Campina Grande. Na Bahia era muito difundida "em todo interior, exceto na margem esquerda do rio São Francisco", e também no Ceará, onde, entre 1935 e 1941, registraram-se casos em diversos municípios, incluindo a capital.[33] Em 1936, o governo brasileiro iniciou uma campanha contra a peste bubônica, e em 1941 a segunda reforma Capanema criou o Serviço Nacional da Peste, responsável, segundo Barreto (1942), pela queda do número de casos a partir de então.

Outra patologia que mereceu especial consideração dos relatórios médicos foi a febre amarela, doença que, na sua versão urbana, declinara rapidamente nas Américas no século XX, graças às campanhas de erradicação do seu vetor (Cooper & Kiple, 1993). Na década de 1930, entretanto, identificou-se uma forma até então desconhecida de febre amarela, batizada de febre amarela silvestre (Acherknecht, 1965). Sendo na verdade a mesma doença, a febre amarela urbana se diferencia de sua versão silvestre pelas formas de infecção e de transmissão. Havia muita dúvida sobre a febre amarela silvestre no início da década de 1940. Pesquisadores descobriram que a doença era encontrada em macacos da floresta tropical sul-americana e podia ser transmitida por outros mosquitos além do *Aedes aegypti* (Cooper & Kiple, 1993).

A versão urbana da febre amarela, porém, não foi considerada pelos americanos uma ameaça para suas tropas no Brasil. O DNS havia declarado estar a febre amarela "completamente erradicada na sua versão urbana e sob severo controle na sua versão silvestre" graças ao trabalho do Serviço Nacional de Febre Amarela (Barreto, 1942: 195). O Cirurgião Geral dos

Estados Unidos compartilhava desta opinião, considerando as medidas de controle brasileiras "excelentes".[34] Só que, entre 1935 e 1941, foram registrados 801 casos de febre amarela silvestre, sendo que apenas em 1938 o DNS registrou 263 casos. Em 1941, o número de casos caiu para 19 (Barreto, 1942). A Comissão Mista de Inquérito Sanitário registrou que casos de febre amarela silvestre apareceram "nos últimos anos" em Ilhéus, e que a doença era encontrada periodicamente no Pará.[35]

O DNS considerava a tuberculose, na década de 1940, o maior problema de saúde do Brasil, devido a sua grande difusão e suas altas taxas de mortalidade (Barreto, 1942). Esta doença infecciosa, transmitida por um bacilo veiculado pelo ar, tem como componentes importantes na sua etiologia as péssimas condições de moradia, trabalho e alimentação (Johnston, 1993). Por causa das condições socioeconômicas requeridas para a sua transmissão, os relatórios militares não a consideraram uma ameaça para "os seletos estrangeiros" que entrariam no Brasil, sendo que Dunham avaliou que a tuberculose "não seria perigosa para a saúde das tropas americanas".[36] Apesar de a doença ter se tornado um grave problema em todos os países latino-americanos, as políticas antituberculose do Iaia foram estritamente pontuais. No Chile e na Bolívia, onde a tuberculose entre mineiros era um obstáculo à produção, o programa do Iaia preconizou a construção de hospitais e sanatórios. No Brasil, a patologia não mereceu atenção especial do Iaia, sendo o programa do Sesp limitado ao treinamento de médicos.[37]

A política quanto à tuberculose é muito reveladora do objetivo estritamente militar dos inquéritos, pois a doença, como o próprio Dunham reconheceu, era "muito disseminada" entre a população pobre do país.[38] A tuberculose ocupou o primeiro ou o segundo lugar nas taxas de mortalidade de 17 capitais do país em 1946 e 1947, sendo a primeira causa de morte entre a população adulta de Salvador, Aracaju e Belém no ano de 1941 (Freitas Filho, 1956). A Comissão Mista de Inquérito Sanitário reconheceu que a doença era "a grande peste de Pernambuco", onde, entre 1938 e 1943, fora responsável pela maior taxa de mortalidade no Recife, deixando a *influenza* bem abaixo como a segunda causa de morte entre adultos.[39] A partir de 1935, já sob a administração Capanema, o Ministério da Educação e Saúde Pública lançou uma campanha antituberculose, e o número de casos declinou entre 1940 e 1954. Mesmo assim, no início da década de 1940 a tuberculose ainda era a principal causa de morte em praticamente todas as capitais brasileiras (Barreto, 1942; Freitas Filho, 1956).

Outras doenças transmissíveis identificadas no Nordeste foram varíola, tracoma, bouba e lepra, que, apesar de bastante disseminadas na população local, também não foram consideradas ameaças para os norte-americanos. Erradicada do planeta em 1979, a varíola estava presente, na década de 1940, em diversos países das Américas, tais como: Bolívia, Brasil, Colômbia, República Dominicana, Guatemala, México, Nicarágua, Peru e Estados Unidos.[40] O Cirugião Geral dos Estados Unidos manifestou preocupação com a varíola no Brasil, considerando que a vacinação, apesar de obrigatória, "não era efetivamente supervisionada, especialmente fora dos centros urbanos". Todavia, o diretor da Divisão de Saúde e Saneamento do Iaia avaliou que, apesar da varíola e de sua versão mais branda, o alastrim, existirem esporadicamente no Nordeste, isto "não seria uma ameaça para as tropas vacinadas".[41]

Outra doença bastante disseminada entre as populações pobres do nordeste era o tracoma, uma infecção que pode levar à cegueira. Nos países desenvolvidos, as boas condições de vida e higiene levaram ao desaparecimento desta doença, que persiste em assolar os países pobres (Karasch, 1993). Na década de 1940, o tracoma era mais comum no Ceará e em São Paulo, sendo que a Comissão Mista de Inquérito Sanitário identificou Crato, no Ceará, como "um dos principais focos no Brasil". Havia uma "grande incidência" de tracoma no nordeste da Bahia, onde o governo havia criado quatro postos de tratamento. Em Alagoas, a doença aparecia mais no interior, e uns poucos casos surgiram nos subúrbios da capital.[42]

A bouba também era descrita nos relatórios militares como "bastante disseminada" no Nordeste. Trata-se de uma doença bastante contagiosa, confundida com a sífilis naquela época, quando atacava especialmente populações pobres sem acesso à higiene (Brothwell, 1993). Dunham relatou a bouba em algumas regiões de Alagoas, afirmando que na capital não foram identificados casos. A Comissão Mista de Inquérito Sanitário considerou a Paraíba o maior foco de bouba no Nordeste, mas também encontrou "muitos casos" no Ceará, no Maranhão e em várias localidades do vale amazônico, com epidemias periódicas no Pará. Dunham, mesmo reconhecendo que a doença "era muito difundida em certas regiões do Nordeste", concluiu que havia "muito pouco perigo de que a infecção pudesse ser transmitida para as tropas americanas".[43]

A lepra, hoje nomeada hanseníase, foi diagnosticada pela Comissão Mista de Inquérito Sanitário como um grave problema de saúde na região amazônica. Causada por um bacilo e associada à extrema pobreza

e péssimas condições sanitárias, a doença é uma infecção crônica e debilitante (Carmichael, 1993). A Comissão Mista de Inquérito Sanitário considerou a lepra uma "calamidade pública" no estado do Pará, em cuja capital encontrava-se o foco principal no estado. Também no Maranhão, Ceará, Pernambuco e Bahia a situação era bastante ruim, com muitos focos espalhados pelo interior.[44] A doença era, desde a década de 1920, objeto de uma legislação que estabeleceu políticas compulsórias de isolamento. Apenas depois de 1935 estas medidas começaram a ter algumas eficácia em âmbito nacional. Em 1941, com a segunda reforma Capanema, foi criado o Serviço Nacional da Lepra (Cunha, 2005).

As doenças respiratórias comuns ofereceriam aos soldados norte-americanos no Brasil "o mesmo perigo à saúde que oferecem nos Estados Unidos".[45] Contudo, um risco de surto de gripe provocava tensão entre o pessoal militar, provavelmente em virtude da memória da grande pandemia de 1918. No final do ano de 1943, o observador naval americano em Natal registrou que existia "apreensão entre os oficiais de diversas unidades americanas", em virtude de "inquietantes relatórios dando conta de um surto de *influenza* vindo dos Estados Unidos, Inglaterra e de outros países, ao lado de numerosos casos diagnosticados na base militar brasileira de Natal".[46] O governo brasileiro atribuiu este surto à movimentação de tropas americanas no Nordeste.[47] Ainda que possa ser verdadeira a justificativa, em virtude do elevado trânsito de soldados, oriundos de diversas partes do mundo, pelo nordeste brasileiro, nada obscurece o fato de a *influenza* ter sido, entre 1938 e 1942, a segunda causa de mortes em adultos na cidade de Recife, perdendo apenas para a tuberculose.[48]

Outras doenças freqüentes entre a população, que não chegavam a constituir um problema para as tropas estrangeiras, eram as provocadadas por parasitas intestinais. A mais comum delas, a ancilostomíase, era uma patologia que florescia em meio à pobreza e à desinformação, pois era perfeitamente evitável com saneamento básico e melhores condições de vida e educação (Ettling, 1993). O observador naval americano em Recife indicou ser a ancilostomíase a mais presente das doenças intestinais naquela cidade, acrescentando ser a doença "muito comum entre as populações pobres que, quase universalmente, andam descalças".[49] Na Paraíba, a Comissão Mista de Inquérito Sanitário encontrou a ancilostomíase em quase todas as municipalidades.[50] Bastante assídua também era a esquistossomose, particularmente disseminada no Ceará, Sergipe e Alagoas.[51] Além dos males citadas, muito comuns eram as doenças

nutricionais e a mortalidade infantil.[52] Josué de Castro, ao estudar os aspectos sociológicos da fome no Nordeste, diagnosticou que "a fome mata como uma doença", classificando-a como a mais séria e generalizada das doenças de massa nas regiões subdesenvolvidas porque abria caminho para outras patologias (Castro, 1969: 26). No Recife, o observador naval americano registrou que a dieta precária da média da população fazia das doenças nutricionais um grave problema de saúde pública, sendo que apenas no ano de 1942, naquela capital, 87 mortes foram diagnosticadas como decorrentes de subnutrição.[53] A Comissão Mista de Inquérito Sanitário registrou que a mortalidade infantil era "absurdamente alta" no Ceará e que, no Pará, a taxa de 20% de mortalidade infantil era decorrente "das pobres condições econômicas e má nutrição" da população.[54]

Dentre todas as patologias registradas nos relatórios, os estrategistas militares foram unânimes em apontar a malária como o principal perigo para os norte-americanos no Brasil.[55] Esta avaliação era compartilhada pelo Departamento de Guerra e pela Marinha dos Estados Unidos, que iam além, considerando a malária a maior ameaça sanitária às tropas americanas no exterior.[56] O Departamento de Guerra alertava ser a malária endêmica em todas as regiões tropicais da América Central e do Sul, principalmente no Brasil, Guianas, Venezuela, Colômbia e noroeste da Argentina.[57] O Cirurgião Geral dos Estados Unidos diagnosticou que a malária era encontrada em todo o Brasil e "será o maior problema de saúde para os estrangeiros que vão entrar em quaisquer das vitais áreas" deste país. Dunham reportou que "a malária prevalecia não apenas no litoral do Nordeste, mas também no interior, onde existissem condições favoráveis à reprodução dos seus vetores".[58]

Nenhuma medida de controle sistemático da malária havia sido instituída no Brasil antes do final da década de 1930. Na República Velha, apenas em ocasiões de epidemias a União acionava uma campanha, desativada assim que se debelasse o surto. Entre 1931 e 1932, a maior ação antimalárica do governo federal foi a primeira campanha contra o *Anopheles gambiae*, no Rio Grande do Norte. Em 1933, em Minas Gerais, foi fundado o Centro de Estudos e Profilaxia da Malária, responsável por um plano de ação executado principalmente no sul do estado. São Paulo continuava um caso à parte, com seu Serviço de Profilaxia da Malária com vasta atuação em todo o território do estado, além de tradição científica e administrativa. Em 1936, foi organizado, ainda em moldes modestos, um

serviço de combate à malaria na Estrada de Ferro Central do Brasil. Entre 1938 e 1940 o Serviço de Malária do Nordeste, em parceria com a Fundação Rockefeller, encarregou-se da erradicação do vetor *Anopheles gambiae* nos estados do Rio Grande do Norte e do Ceará. No mesmo período, a União atuou em vários estados brasileiros do Norte, Nordeste e Sul, sobretudo nas capitais. Em 1940, o governo federal organizou o Serviço de Malária na Baixada Fluminense, que foi extinto com a criação do Serviço Nacional de Malária em 1941, ano em que a ação do governo federal estendeu-se a quase todos os estados brasileiros (Barreto, 1942).[59] Freitas Filho considera que, devido a esses esforços, os casos foram reduzidos em todas as capitais brasileiras entre 1940 e 1954, apesar de o autor reconhecer que a mortalidade decorrente de malária era ainda "alta ou muito alta" em 12 capitais naquele período. Destaca-se, neste índice, a cidade de Manaus, onde, entre 1940 e 1947, a doença figurou em primeiro lugar entre as causas de mortalidade (Freitas Filho, 1956: 55-56, 48).

Os relatórios médico-militares identificaram malária endêmica, além de surtos da doença, em várias partes do Nordeste. O estado da Bahia sofria epidemias periódicas, incluindo a capital, Salvador, onde a doença foi a terceira causa de mortalidade no ano de 1940. Em Sergipe, a malária era endêmica no interior e manifestava-se com epidemias nos principais vales. Aracaju foi classificada pelo Serviço Nacional de Malária como tendo um "nível de endemicidade médio". Entretanto, naquela capital "o distrito da cidade mais afetado pela malária" era exatamente onde estavam localizados os acampamentos militares, sendo, portanto, objeto de maior atenção. Em Alagoas, a malária situava-se principalmente na região costeira e no vale do São Francisco; em Maceió, a doença foi "identificada em todos os distritos". Na Paraíba, a doença era endêmica, "com epidemias eventuais" inclusive na capital, João Pessoa. No Ceará, a malária era endêmica no interior, porém os casos identificados na capital foram considerados "importados". No estado do Piauí, a situação foi avaliada como "muito pior", com a doença identificada tanto no interior quanto na capital, onde existiam "focos endêmicos nos subúrbios". No Maranhão, julgou-se a doença "a mais importante do estado", mormente por ter sido responsável pela mais alta taxa de mortalidade no ano de 1940. Os médicos militares avaliaram ser o Maranhão um dos estados onde a malária era mais difundida no país, sendo São Luís o seu "foco ativo".[60]

Em seu relatório, George Dunham não hesitou em recomendar medidas emergenciais para o combate à malária, como a distribuição de atebrina

e a aspersão de produtos químicos sobre superfícies de águas estagnadas, além de políticas de controle de longa duração, a serem realizadas ao redor das bases militares. Sugeriu, para isso, a colaboração de agências brasileiras de saúde pública, considerando que as espécies de anofelinos do Nordeste não haviam sido totalmente identificados.[61] Essas políticas, vitais para os planos miltares norte-americanos no nordeste brasileiro, foram realizadas por um conjunto de agências, entre as quais se destaca o Sesp.

No contexto dos acordos que levaram ao estabelecimento de bases americanas no nordeste brasileiro, foram elaborados diversos relatórios médicos sobre as condições nosológicas daquela região. Os relatórios transcenderam o objetivo militar de identificar as ameaças sanitárias às tropas americanas, oferecendo informações para a execução de políticas preventivas, e acabaram por revelar um quadro nosológico extremamente grave. Produzidos em 1941 por militares americanos e brasileiros, estes relatos nos evocam a expedição pelo interior liderada pelos sanitaristas Belisário Penna e Arthur Neiva, em 1912. Em conjunto, eles expuseram as degradantes condições sanitárias das populações brasileiras, que os relatórios de 1941 vieram confirmar: o quadro sanitário brasileiro continuava dramático, e praticamente não se modificara, desde que o movimento sanitarista denunciou "os males do sertão" e Miguel Couto cunhou a famosa frase: "o Brasil é um imenso hospital". O relatório Penna-Neiva, resultante da expedição de 1912, foi produzido a partir de observação realizada em um bom número de municípios no interior dos estados da Bahia, Pernambuco, Piauí e Goiás, sendo os seus resultados publicados pelo Instituto Oswaldo Cruz em 1916. Entre as doenças mais freqüentes encontradas em 1912, estariam muitas daquelas descritas pelos médicos militares em 1941: ancilostomíase, tracoma, sífilis e outras doenças venéreas, febre amarela, esquistossomose, infecções intestinais e malária (Penna & Neiva, 1916; Sá, 1999).

Apesar de os relatos dos médicos militares em 1941, e o próprio relatório Penna-Neiva em 1912 identificarem condições sanitárias similares no Nordeste, eles diferenciavam-se nas suas abordagens. Os autores do relatório publicado pelo Instituto Oswaldo Cruz em 1916 realizaram uma leitura social no seu trabalho, associando doença à pobreza, revelando a existência dos bolsões de miséria do sertão, e foram particularmente críticos das oligarquias e do jugo "quase feudal" que exerciam. Também foram críticos na avaliação do papel do governo federal, considerado

responsável pelo "abandono" daquelas populações. Em suas conclusões, Penna e Neiva não pouparam a "desumanidade e hipocrisia" do sistema republicano, considerado "omisso nas obras" mas não no "escorchar dos impostos". Denunciaram, como "insuficiente e má", a alimentação da maioria da população brasileira e perguntaram: "como se alimentar convenientemente se o salário é desprezível?" (Neiva & Penna, 1984: 164-165). Clamaram, para reverter aquele quadro, por uma mobilização nacionalista em prol do país e a intervenção do Estado na saúde pública, numa verdadeira cruzada de salvação nacional (Hochman & Lima, 1996).

Em contraste, os médicos militares que conduziram as pesquisas sanitárias em 1941 não estavam preocupados com problemas sociais. Dunham reconheceu que "a pobreza das camadas mais baixas da população" era responsável pela alta incidência das doenças que encontrou mas, em geral, não encontramos, naqueles textos, nenhum comentário mais contundente que este.[62] O relatório da Comissão Mista chegava a adquirir, inclusive, um tom bastante telúrico, ao procurar "no clima e na geografia local" as condições que explicassem as doenças recorrentes na região. Em suma, os relatórios daqueles médicos tinham um objetivo pontual: descrevem as doenças encontradas no Nordeste, preocupados apenas com as patologias que pudessem ameaçar as tropas, e sugerem medidas de proteção aos soldados. Em geral, as populações do Nordeste não se beneficiaram dessas medidas, a não ser que, como no caso do controle da malária, vivessem em regiões próximas às bases militares e pudessem servir de agentes de infecção para os soldados.

Por fim, duas questões. Primeiro, é importante lembrar que esses relatórios, apesar de terem sido produto de um trabalho de campo, revelam um quadro impressionista sobre a situação nosológica do Nordeste. Dunham, por exemplo, visitou departamentos de saúde, hospitais e centros de saúde, entrando em contato com autoridades sanitárias, médicos e funcionários dos estados do Nordeste. Podemos supor que generosa parte de seu trabalho tenha sido concretizada com base no que ouviu e, naturalmente, do que observou e leu. A inexistência de estatísticas epidemiológicas confiáveis é um fato constantemente assinalado em documentos daquele período e, portanto, as avaliações, quando compreendem números e percentagens, são sempre estimativas. Afinal, diante de estatísticas precárias ou inexistentes, os relatórios expressavam a avaliação dos médicos e administradores de saúde brasileiros e americanos, obtida a partir de suas

experiências clínicas e dos dados dos doentes hospitalizados. Ou seja, a partir do contato com aquela realidade. Assim, é bastante freqüente encontrarmos, nos relatórios, expressões como: "estima-se que", "é bastante possível", "provavelmente ocorre", "é consenso geral", "acredita-se que", além de outras similares, na avaliação da ocorrência de doenças no país. Em relação à ocorrência de disenteria amebiana em Maceió, por exemplo, Dunham afirmou que

> sua incidência é muito alta e um número de casos foi observado nos hospitais locais. O consenso geral entre os médicos brasileiros (...) é que existem muitos portadores entre a população. Acredita-se que o alimento é o principal agente de transmissão, porém em Maceió, a água pode também representar um importante papel na transmissão.

Quando avaliou a disenteria baciliar no Nordeste, Dunham escreveu: "*provavelmente ocorre* com maior freqüência do que tem sido diagnosticada".[63]

A segunda observação é uma interrogação: até que ponto estes relatórios não refletem a imagem do "país doente" difundida desde o movimento sanitarista, na década de 1910, que definiu o Brasil como um "imenso hospital"? Sabemos que o discurso dos sanitaristas da Primeira República circulou e interagiu a tal ponto com outros discursos que a noção de doença passou a ser, inclusive, uma categoria social a partir da qual se tentava compreender o Brasil (Lima, 1998). Ou seja, o que queremos apontar é que temos que considerar que estes documentos são relatórios oficiais, produzidos por médicos militares norte-americanos, que já chegavam ao Brasil com algumas premissas. Além disto, os relatórios tinham um objetivo definido *a priori*: selecionar, enfatizar, explicar e convencer sua (seleta) audiência a agir numa determinada direção. Sem negar a dramaticidade do quadro descrito pelos relatos, é desta maneira que devemos interpretá-los.

Notas

1 Rockefeller to Roosevelt, April 16, 1942, FDR Library, Official File for Coordinator of Inter-American Affairs, 1942-45 (OF4512), Box 2.

2 "Air Bases in Brazil", *Life*. December 15, 1941, p. 94-95.

3 A carta de Oswaldo Aranha está transcrita em: telegram from Jefferson Caffery to the Secretary of State, January 2, 1942, FDR Library, Papers of Stephen T. Early, Subject File, Invitations to Speak, Medal for Merit, Lists, Box 31.

4 Telegram from Roosevelt to Early, January 7, 1942, FDR Library, Papers of Stephen T. Early, Subject File, Invitations to Speak, Medal for Merit, Lists, Box 31.

[5] Memorandum from Roosevelt to Early, January 5, 1942, FDR Library, Papers of Stephen T. Early, Subject File, Invitations to Speak, Medal for Merit, Lists, Box 31.

[6] Macklin, M. T. "Special Medical Reports on the Ports of Pará, Santos, and Rio Grande do Sul, Brazil, Visited by this vessel on Shakedown Cruise", 20 July, 1940, p. 4, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[7] Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Divison", Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.

[8] Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[9] Dutra, E. G. "Reserved Note n. 173-150, April 9, 1941", In: Mixed Sanitary Comission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", p. 1, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.

[10] Mixed Sanitary Comission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", p. 1-39, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.

[11] Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[12] Na década de 1940, as estatíticas brasileiras não diferenciavam os vários tipos de disenteria, e os relatórios militares não têm dados em separado para a disenteria bacilar. Dunham acreditava que esta doença provavelmente ocorria com muita freqüência, porém não era diagnosticada. Cf. Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Divison", p. 8, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210; Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 3, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[13] Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Divison", p. 8, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.

[14] Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 3, 40, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[15] "Summary of Extract", April 3, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[16] Burton, C. D. "Possible Sources of Typhoid at Fortaleza", June 18, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[17] "Summary of Extract", September 26, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.

[18] "Vital Statistic on City of Recife. Reported Diseases and deaths therefrom weeks ending January 1 through February 19, 1944. Outbreak of typhoid", U.S. Naval Observer, March 27, 1944, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[19] Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Divison", p. 8, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.

[20] Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 2, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210. O grifo é do autor.

[21] Mixed Sanitary Comission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", p. 44, 76, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.

[22] Uglio, J. A. "Health Precautions for Central and South America and Caribbean Area", *War Department Pamphlet n.8-2*. Washington, D. C.: GPO, 1943, p. 14. O grifo é do autor. O Iaia criou um intensivo programa de controle de doenças sexualmente transmissíveis na América Latina, que incluía ações ao longo da fronteira com o México, na zona do Canal de Panamá e em todos os seus programas bilaterais, incluindo o Sesp. Cf. Institute of Inter-American Affairs, "Outline of Activities Relating to Venereal Disease Control in the Latin American Republics", attached to memorandum from Clark H. Yeager to Howard W. Ennes Jr., July 28, 1943, Nara, RG 229, General Records, Central File, p. 1, Basic Economic, Health and Sanitation Division, Box 79.

[23] Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Divison", p. 7, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.

[24] District Intelligence Office, Commerce and Travel Section, Third Naval District, "Venereal Diseases in Brazil", September 29, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.

[25] Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 3, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[26] Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 16, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[27] U. S. Naval Observer at Recife, "Medical and Sanitary Survey of city of Recife, submmitted by medical officer, attached to N. O. F., Recife", p. 3, January 10, 1944, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[28] Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 30, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210; "Medical and Sanitary Survey of

Natal, Rio Grande do Norte, as prepared by medical officer attached to 18th Provisional Marine Company", p. 10, U.S. Naval Attaché, Brazil, Rio de Janeiro, June 3, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.

[29] Mixed Sanitary Comission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", p. 153, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.

[30] Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 39, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210; "Latin American Diseases", p. 1-2, May 6, 1942, Source: 1940-41 Annual Report of Dr. Hugh Cumming, Director of Pan American Sanitary Bureau, Nara, RG 229, General Records, Central Files, Basic Economic, Health and Sanitation, Box 79.

[31] Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Divison", p. 8, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210; Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 3, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[32] Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 3, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[33] Mixed Sanitary Comission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Alagoas", p. 1, "Pernambuco", p. 1, "Paraíba", p. 1-2, "Bahia", p. 1, "Ceará", p. 119, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211; Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Divison", p. 9, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.

[34] Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Divison", p. 4, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.

[35] Mixed Sanitary Comission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Bahia", p. 1, "Pará", p. 6, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.

[36] Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Divison", p. 9, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210; Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 39, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[37] Tuberculosis Control Activities Sponsored by the Institute of Inter-American Affairs in Latin America. In: *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 76 (August 1945):

1-9; John Yagley, A luta interamericana contra a doença. In: *Boletim do Sesp*, n. 15 (Agosto 1944): 4.

[38] Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 4, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[39] Mixed Sanitary Comission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Bahia", p. 1, "Sergipe", p. 9, "Pará", p. 2, "Pernambuco", p. 26, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211; Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Divison", p. 17, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210; U.S. Naval Observer at Recife, Brazil, "Additional Vital Statistics on City of Recife", p. 1-2, February 11, 1944, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[40] "Latin American Diseases", p. 8-9, May 6, 1942, Source: 1940-41 Annual Report of Dr. Hugh Cumming, Director of Pan American Sanitary Bureau, Nara, RG 229, General Records, Central Files, Basic Economic, Health and Sanitation, Box 79.

[41] Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Divison", p. 10, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210; Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 39, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[42] Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Divison", p. 9, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210; Mixed Sanitary Comission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Ceará", p. 113, 118, "Bahia", p. 1, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211; Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 12, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[43] Mixed Sanitary Comission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Paraíba", p. 44, "Ceará", p. 113, "Maranhão", p. 164, "Pará", p. 8, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211; Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 12, 39, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[44] Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Pará", p. 5-6, 2, "Maranhão", p. 165, "Ceará", p. 113, "Bahia", p. 1, "Pernambuco", p. 26, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.

[45] Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 39, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[46] U. S. Naval Observer at Natal, Brazil, "Disquieting reports coming in the outbreak of influenza", January 4, 1944, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[47] Starkloff, G. B. "Report n. 6526", January 14, 1944. Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[48] U. S. Naval Observer at Recife, Brazil, "Additional Vital Statistics on City of Recife" February 11, 1944, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[49] U. S. Naval Observer at Recife, "Medical and Sanitary Survey of city of Recife, submmitted by medical officer, attached to N. O. F., Recife", p. 11, January 10, 1944, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[50] Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Paraíba", p. 44, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.

[51] Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Divison", p. 8, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210; Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 4, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210; Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Ceará", p. 113, "Pernambuco", p. 26, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.

[52] Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Divison", p. 10, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.

[53] U. S. Naval Observer at Recife, "Medical and Sanitary Survey of city of Recife, submmitted by medical officer, attached to N. O. F., Recife", p. 10, January 10, 1944, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[54] Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Ceará", p. 118, "Pará", p. 6, 8, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.

[55] Malária é uma infecção crônica causada por quatro espécies de parasitos do gênero *plasmodium: vivax, falciparum, malariae e ovale*. Os três primeiros eram amplamente difundidos em várias partes do mundo, enquanto o último deles, o *plasmodium ovale*, é principalmente encontrado na África tropical. Apesar do *falciparum, vivax* e do *malariae* serem encontrados em todo o Brasil, o *falciparum* era a espécie predominante em quase todos os países sul-americanos com fronteiras na bacia amazônica. Esses parasitas precisam de um vetor para se transferir de uma pessoa infectada para uma sadia; no caso, um mosquito fêmea do gênero *Anopheles*. Quando um mosquito pica uma pessoa infectada, inicia um ciclo de transmissão ao se infectar e transmitir o parasita, ao picar um outro ser humano sadio. A doença causa ataques de febre

intermitentes e produz anemia e exaustão da vítima, fazendo-a mais suscetível a outras patologias. Pessoas que sofrem de malária são constantemente forçadas a suspender suas atividades e, se a doença atacar a uma comunidade inteira, produz um maciço declínio da capacidade de trabalho (Dunn, 1993; Batista, 1946; Pan American Health Organization, 1984; Ackerkenecht, 1965; Cartwright, 1974).

[56] Office of the War Information, "Advance release for Monday afternoon papers, May 7, 1945", p. 2, Nara, RG 208, NC-148, Entry E-198, Box 1048.

[57] Uglio, "Health Precautions for South America and the Caribbean Area", op. cit., p. 6.

[58] Whayne, T. F. "Medical and Sanitary Data on Brazil Compiled by the Subdivision on Medical Intelligence Preventive Medicine Divison", p. 7, Office of Surgeon General, September 10, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210; Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 1, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[59] "Histórico da campanha contra a malária no Brasil a partir de 1930", AGC, Série Ministério da Educação e Saúde, 1934-45, Saúde e Serviço Social, GCh. 1938.12.26, rolo 67, fot. 550-52.

[60] Mixed Sanitary Commission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Bahia", p. 1, "Sergipe", p. 1, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211; Mendonça d'Almeida, "Notes on Malaria in Aracajú", p. 8, attached to the Mixed Sanitary Comission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211; Mixed Sanitary Comission, "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", "Alagoas", p. 1, "Paraíba", p.1, "Ceará", p. 117, "Piauí", p. 151-152, "Maranhão", p. 163, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211; Mixed Sanitary Comission, "Report by the chief of the Malaria Service of Maranhão", p. 164, attached to "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 211.

[61] Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 39-40, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210. Segundo ele, os principais vetores do nordeste eram, 'aparentemente', o *anopheles tarsimarculatus*, o *albitarsi* e o *darlingi*. Grifos do autor.

[62] Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 8, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[63] Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 10, 3, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

Parte II

Combatendo Nazistas e Mosquitos

3

O Controle de Malária nas Bases Militares Norte-Americanas no Brasil

Assim como no caso da febre amarela, a história da prevenção, do controle e das pesquisas com a malária foi fortemente influenciada por fatores políticos e militares, que desempenham um valoroso papel no desenvolvimento da ciência, da medicina e da saúde pública, podendo determinar, por exemplo, a prioridade dada a uma doença e o montante de investimentos em sua pesquisa (Stepan, 1978). A relação entre o conhecimento médico e os interesses militares dos Estados nacionais é objeto da historiografia sobre saúde pública e medicina, e foi mapeada por Harrison (1996), que identificou dois grandes temas emergentes neste campo: a 'militarização da medicina' e a 'medicalização da guerra'. O primeiro busca compreender de que forma e dimensão a medicina moderna foi moldada pela militarização das sociedades industriais, e o impacto das duas grandes guerras neste processo. O segundo focaliza a crescente apropriação do conhecimento médico pelos interesses militares e a influência deste conhecimento nos métodos modernos de guerra. Harrison menciona que os historiadores acadêmicos têm negligenciado a importância da guerra no desenvolvimento do conhecimento médico e de saúde pública, apesar de existir uma vasta literatura sobre o assunto produzida por historiadores militares.

Apesar da crítica de Harrison, podemos identificar historiadores profissionais que abordaram o tema. McNeill (1989) chamou a atenção para as relações entre as novas descobertas médico-sanitárias, a expansão imperialista e a construção de uma racionalidade administrativa nos exércitos, na saúde pública e em outras instituições dos Estados modernos. Afirmou, por exemplo, que o imperialismo no século XIX só pôde penetrar no

interior do continente africano depois que os holandeses organizaram comercialmente, em Java, a produção de quinino, a droga usada para prevenir os efeitos da malária. Ainda segundo McNeill, entre o fim do século XIX e o início do XX a febre amarela mereceu mais investimentos norte-americanos em pesquisa do que a malária, em parte porque a primeira revelava-se uma doença mais ameaçadora para a expansão dos Estados Unidos no Caribe do que a segunda. O mesmo argumento é válido para alguns subprodutos das Guerras, como o DDT e as inovações tecnológicas para preservação de alimentos.

Outros historiadores estudaram a importância das doenças infectocontagiosas nos cenários de batalha, mostrando que, pelo menos até o início do século XX, as baixas causadas por doenças eram maiores do que as provocadas por combates. Hudson (1993) assinala que a guerra entre Rússia e Japão (1904-1905) foi a primeira na qual o número de soldados mortos em combate superou o número daqueles mortos em decorrência de epidemias.[1] Crosby (1989) alega que, em todas as guerras em que os Estados Unidos estiveram envolvidos antes da Primeira Guerra Mundial, o exército norte-americano perdeu mais soldados vitimados por doenças do que por baixas militares propriamente ditas. Stepan (1978) usa a Guerra Hispano-Americana de 1898 como exemplo: para cada soldado norte-americano morto em batalha, 25 outros sucumbiram ante doenças, principalmente disenterias, febre amarela e malária – só esta responsável por cinco mil mortes. Os americanos, sempre muito eficientes em contabilizar dados, registram que, da guerra com o México até a Guerra Hispano-Americana, para cada dez mil soldados enviados para combate, 1.300 contraíam malária.[2]

Na Segunda Guerra Mundial, a malária foi o principal problema sanitário que as tropas americanas enfrentaram nos diversos continentes, sendo responsável por cerca de 500 mil internações hospitalares (Heaton, 1963).[3] Urgências militares como a proteção do canal do Panamá, o patrulhamento dos campos de aviação e rotas navais para África, Ásia e Europa e a proteção das costas norte e nordeste do Brasil encontraram na malária e outras doenças contagiosas um inimigo a ser vencido.[4] Na invasão da Sicília, entre julho e setembro de 1943, registraram-se 21.482 internações hospitalares devido à malária, em contraste com as 17.375 baixas de batalha (Russel, 1963). Em dezembro de 1942, a incidência de malária nas forças do Pacífico foi de 600 casos para cada mil soldados

norte-americanos, sendo que, em algumas bases, este índice, em 1943, chegou a atingir mil casos por ano para cada mil soldados.[5]

A Segunda Guerra trouxe visibilidade e novos significados às chamadas 'doenças tropicais'. Alguns autores se referem, inclusive, a um 'renascimento da medicina tropical' nos Estados Unidos, naquele período. Em função da Guerra, segundo Bercovitz (1944: XI), "médicos que raramente viram um doente de malária ou disenteria (...), febre amarela ou tifo, agora encontram o desafio de tratar de soldados e civis americanos nos trópicos da América, África ou Ásia". Esta emergência fez com que o governo e a indústria química norte-americanos aplicassem recursos nos estudos e na pesquisa de drogas que combatessem os sintomas e vetores da malária. Dois bons exemplos estão no aperfeiçoamento da atebrina – uma droga sintética que substitui o quinino –, e na invenção do DDT, um inseticida residual que, aspergido em superfícies interiores, atua por vários meses e é extremamente eficaz na eliminação de mosquitos adultos. Estes e outros produtos foram testados nos campos de batalha da Europa, do Pacífico e também no Brasil.

Como já observamos, os relatórios médico-militares sobre o norte e o nordeste identificaram a malária como a principal ameaça à saúde das tropas americanas no Brasil, embora a doença não fosse, no nosso país, tão ameaçadora quanto no Pacífico. À malária dedicou especial atenção à Comissão Mista de Inquérito Sanitário e o general Dunham, na condição de especialista em 'medicina tropical', sugeriu em seu relatório a adoção de políticas de prevenção e controle da doença. Como conseqüência, a costa que vai de Belém a Salvador tornou-se o primeiro alvo do programa de saúde e saneamento do Sesp.

O Controle de Malária nas Bases Militares de Belém, Recife e Natal

Belém

O Plano de Defesa do Nordeste, elaborado por uma comissão de militares brasileiros e norte-americanos, indicou as cidades de Belém, Recife e Natal como sedes das "maiores bases militares e de suprimentos" (Conn & Fairchild, 1960: 291).[6] A capital do Pará era estratégica, por ser o porto de escoamento da borracha e o sítio de "um dos aeroportos mais importantes da rota Estados Unidos – América do Sul – África –

Ásia", por onde transitavam tropas e equipamentos militares.[7] Na periferia da cidade, os americanos construíram a base militar de Val de Can.[8] Belém foi a primeira cidade brasileira a receber militares estadunidenses: o primeiro grupo de *marines* lá desembarcou em 19 de dezembro de 1941 (Conn & Fairchild, 1960).

Não por coincidência, portanto, o Sesp estabeleceu em Belém a sua sede para a Amazônia. Logo após a organização da agência, em julho de 1942, profissionais qualificados e uma grande quantidade de equipamentos foram transferidos de várias regiões do Brasil e dos Estados Unidos para a capital do Pará.[9] A partir de Belém, o Sesp orientou sua política sanitária para a Amazônia, semeando postos e centros de saúde pelo interior do vale. Belém era também o porto onde os trabalhadores migrantes do Nordeste chegavam e recebiam atenção médica, antes de serem enviados aos seringais.[10] Além disso, a capital do Pará fazia-se sede de diversas agências civis norte-americanas criadas durante a Guerra, com destaque para Rubber Development Corporation, que empregava 80 americanos em Belém, além de 255 outros funcionários distribuídos entre Manaus e Porto Velho.[11]

Entre 1932 e 1941, malária e tuberculose representavam as principais causas de morte entre a população adulta de Belém, sendo responsáveis por 60% das mortes em adultos no estado do Pará e respondendo a malária, isoladamente, por 35% do total de causas de falecimento de adultos, segundo a Comissão Mista de Inquérito Sanitário, ao passo que a mortalidade infantil registrava o maior índice no cômputo geral de óbitos.[12] Se lembrarmos que a tuberculose e a mortalidade infantil não constituíam ameaças para as tropas americanas, não surpreende que a malária se tornasse a maior preocupação sanitária para os estrangeiros em Belém.

As peculiaridades do meio ambiente ajudavam a fazer da capital do Pará uma cidade bastante suscetível às epidemias de malária. Belém está localizada no delta do rio Amazonas, e seu clima é quente e úmido. No início da década de 1940 existiam, nos arredores da cidade, sete vales pantanosos, propícios para a reprodução de anofelinos. Como registrou um observador americano em 1943, "o terreno adjacente à cidade é baixo e há muitos pântanos e matas fechadas".[13] A Comissão Mista de Inquérito Sanitário avaliou ser a malária onipresente em todo o estado do Pará: "pode ser dito sem medo de erro que não há lugar neste estado em que a malária não ocorra".[14] Como veremos mais adiante, esta avaliação estava equivocada.

Os índices de incidência de malária não eram regularmente computados pelo serviço sanitário da cidade, porém um médico americano que

serviu em Val de Can contabilizou, entre maio e junho de 1942, 30 casos registrados numa base com população de apenas seis oficiais e 105 recrutas. Os casos de malária entre soldados americanos continuaram a ocorrer naquele ano, mesmo depois da estação das chuvas, entre agosto e novembro. No acampamento brasileiro, localizado a pouco mais de dois quilômetros da base norte-americana e onde as medidas de prevenção inexistiam, grassava uma epidemia. Entre abril e julho de 1942, o índice de malária na tropa brasileira era de 506 por mil, sendo que o índice isolado do mês de abril foi de 910 casos por mil (West, 1963).

Para combater com eficácia a malária em Belém, o Sesp empreendeu pesquisas sobre os anofelinos da região. Em 1940, sob a direção de Evandro Chagas e a pedido do ministro Capanema, pela primeira vez foi iniciada uma pesquisa sistemática em 49 municípios do Amazonas, mas a pesquisa não foi completada e seus resultados não chegaram a ser publicados (Deane, 1947). A morte prematura de Evandro Chagas e a assinatura do acordo sanitário com os americanos alteraram os planos iniciais de Capanema. Neste sentido, o Sesp tornou-se responsável pela realização da pesquisa e pela aplicação das políticas de controle de malária no vale. Em 1942, o governo do estado do Pará transferiu a administração do Instituto Evandro Chagas, em Belém, para o Sesp, que realizou um sistemático estudo dos mosquitos do vale amazônico (Bastos, 1993). Entre 1942 e 1946, cientistas identificaram diversas espécies de *Anopheles* na Amazônia, concluindo que apenas duas, o *darlingi* e o *aquasalis*, eram importantes vetores de malária (Deane, 1947). Ambas as espécies eram encontradas em Belém, sendo o *darlingi* o vetor principal, encontrado nas áreas mais altas da cidade, onde se reproduzia em "águas límpidas e banhadas pelo sol, principalmente na estação chuvosa, quando a umidade é maior".[15] O vetor secundário, *Anopheles aquasalis*, que se reproduzia em águas salobras ou influenciadas pela maré, vinha a ser o maior transmissor nos distritos mais baixos de Belém, onde as águas da maré encontravam o rio Guamá (Deane, 1947).

Planejados pontualmente, os programas antimalária antes da era do DDT variavam de acordo com as características e hábitos dos vetores e das condições ambientais locais. Localizada nos terrenos baixos de Belém e banhada pelos rios Pará e Val de Can, a base militar de Val de Can era influenciada pelas marés de água salobra do rio Pará, o que favorecia a reprodução do *Anopheles aquasalis*, enquanto águas de chuvas estagnadas facilitavam os focos de reprodução do *Anopheles darlingi*. Havia muitos

pântanos nas terras baixas ao redor da base militar, enquanto a área mais alta cobria-se de uma densa floresta. Estas características, aliadas a muita chuva e umidade, propiciavam excelentes condições de reprodução de mosquitos. As primeiras medidas tomadas para eliminá-los consistiram em aspersão de químicos em águas estagnadas e pequenas obras de drenagem. Ao mesmo tempo, com o objetivo de eliminar o reservatório do *plasmodium* nas populações vizinhas, um programa de tratamento foi empreendido pelos médicos do Sesp (West, 1963). Tais medidas se revelaram insuficientes: a densa vegetação impedia uma drenagem eficaz e a região era tão inacessível que a aplicação de agentes larvicidas tornou-se muito dispendiosa e freqüentemente impossível de ser executada.[16]

As políticas de combate à malária em Val de Can exigiam outras estratégias. Para controlar a transmissão de malária em Belém, os engenheiros do Sesp conduziram um estudo para proteger a cidade contra as marés e possibilitar a drenagem dos terrenos baixos. Cumpriu-se um extenso programa de engenharia e um complexo sistema de diques, canais e portões de controle de marés foi construído para prevenir o fluxo de água.[17] O dique de Belém, inaugurado em setembro de 1942, resultou na maior obra de engenharia realizada pelo Sesp, durante a Guerra, na Amazônia (Foto 1). Em maio de 1943, já se registravam quedas nos índices de incidência de malária na cidade, em comparação com os dados de 1942. Acompanhou a construção do dique uma distribuição diária de atebrina aos soldados, além da aspersão de larvicidas. Como resultado deste esforço conjugado, os casos de malária entre as tropas caíram, atingindo, entre julho de 1944 e agosto de 1945, a marca de apenas cinco casos no período de um ano. Ainda em 1945, já demonstrando a mudança de estratégia no combate à malária, aviões militares aspergiram DDT sobre a capital do Pará (West, 1963).

Recife

Recife, a terceira maior cidade brasileira em 1940, acolhia um dos aeroportos militares norte-americanos, por onde transitavam milhares de soldados. Os primeiros *marines* chegaram em dezembro de 1941, com o objetivo de patrulhar a região Nordeste com aviões anfíbios. A importância militar da cidade cresceu a partir de novembro de 1942, quando se transferiu da Guiana para o Recife a sede do quartel-general do exército norte-americano para o Atlântico Sul, decisão seguida de um grande

afluxo de tropas e equipamentos para a capital pernambucana. Recife era também o centro do comando militar brasileiro no Nordeste e a sede do quartel-general das operações da marinha norte-americana no Brasil (Conn & Fairchild, 1963).[18]

A malária em Recife não assustava tanto quanto em Belém, porém se fazia presente em diversos bairros, além de ser endêmica em 40 municípios do estado, principalmente no litoral e ao longo do rio São Francisco. Como a cidade está localizada num delta e seu clima é quente e úmido, existem condições ambientais propícias para a reprodução de mosquitos. Ao visitar a capital pernambucana em 1941, Dunham verificou que boa parte da cidade fora construída sobre terrenos baixos, com rios e córregos cortando a área urbana, e que havia "muitos pântanos ao redor e mesmo dentro da cidade".[19]

Numa evidência das más condições de vida da população, a tuberculose era a principal causa de morte de adultos na cidade do Recife, enquanto a malária ficava atrás, nas estatísticas, até mesmo do câncer, naquela época mais comum entre as populações idosas dos países desenvolvidos – o câncer ocupava o quarto lugar e a malária o quinto em causas de mortes entre 1938 e 1942 na capital de Pernambuco.[20]

O local, no entanto, onde os norte-americanos construíram o aeroporto militar de Ibura era formado por terrenos baixos e pantanosos, potencialmente malárico, portanto. Rodeado ao norte por terrenos pantanosos e a oeste pelos montes Guararapes, Ibura achava-se a cinco quilômetros ao sul do Recife e a dois do interior da praia de Boa Viagem. Entre os montes e o aeroporto havia mais dois quilômetros de pântanos.[21] O efeito das marés, combinando águas límpidas com águas salobras nos pântanos, aliado às altas temperaturas, criava condições ideais para a reprodução de anofelinos, quer na estação das chuvas, entre março e agosto, quer na estação da seca, de setembro a fevereiro.[22]

As primeiras notícias alarmantes referentes a casos de malária entre soldados no campo de Ibura foram registradas em julho de 1942, quatro meses antes de o exército americano transferir a sede do comando do Atlântico Sul para o Recife. Até então, os casos da doença eram episódicos; porém, os 12 casos registrados em julho entre os *marines* traduziam um alto índice, dentre os menos de cem indivíduos ali dispostos. Entre a tropa brasileira, aquartelada perto de Ibura, o número de soldados doentes aumentou com o registro de 30 casos entre junho e setembro de 1942, o que

equivalia a uma taxa de infecção de 10%.[23] Logo se descobriu que o crescimento da doença entre os militares correspondia a uma epidemia que grassava entre a população civil de seis vilarejos próximos: Boa Viagem, Prazeres, Piedade, Imbiribeira, Venda Grande e Candeias. Somente em dezembro, os médicos do Sesp diagnosticaram 1.276 casos de malária nestes povoados, o que representava 27% de todos os casos clínicos tratados naquela população.[24]

A epidemia na região em torno do aeroporto militar significava que "em praticamente todas as casas havia um ou dois casos de malária".[25] A doença tornara-se um sério perigo para as tropas e exigia um imediato programa de combate. Para isto, o Sesp enviou o médico Oswaldo Silva, que avaliou a situação e propôs medidas de controle urgentes, numa conjuntura de epidemia na população civil vizinha e aumento do número de tropas estacionadas no campo. Ibura preparava-se para receber mais 600 soldados norte-americanos e um número ainda maior de soldados brasileiros.[26]

Mesmo depois de acionados dispositivos de combate à doença, os casos de malária entre o pessoal militar aumentavam. Em março de 1943, irrompeu uma epidemia entre as tropas norte-americanas, com o diagnóstico de 29 casos. A explicação para o surto encontrava-se, certamente, no reservatório de indivíduos infectados que viviam nos pequenos povoados em volta de Ibura. Grande parte desta população compunha-se de "trabalhadores que vinham do interior, do litoral e mesmo dos estados vizinhos, atraídos por oportunidades de trabalho" abertas pela presença norte-americana. Estes migrantes "construíam barracos nas vizinhanças com incrível rapidez e, na medida em que estas moradias eram usualmente localizadas em áreas insalubres, estavam sujeitas às epidemias".[27]

Este episódio exemplifica muito bem os aspectos sociológicos de uma epidemia de malária: a chegada de uma população migrante a uma área potencialmente malárica envolve sempre um risco de epidemia. Se os migrantes chegam em pequeno número, desempenham atividades profissionais privilegiadas, têm boa alimentação e moradia, os riscos de contraírem malária são menores. A possibilidade de acontecer uma epidemia é maior quando um grande número de migrantes engaja-se em trabalhos de baixa qualificação, possuem péssimas condições de moradia e alimentação e contam, no grupo, com indivíduos infectados pelo *plasmodium* da malária. Eis a situação dos que habitavam as proximidades da base militar: muitos haviam migrado, provavelmente de regiões onde a malária era

endêmica, em busca de qualquer trabalho, e estavam contaminados com o protozoário da doença. O encontro deste reservatório de *plasmodium* com os anofelinos da região provocou uma epidemia; inicialmente, entre a população civil e, em seguida, entre seus vizinhos militares. Na ocasião, tornou-se fundamental que o Sesp realizasse medidas para debelar a epidemia entre a população civil ao redor da base militar.[28]

Para efetivamente pôr em ação políticas antimaláricas, era necessário conhecer quais espécies de anofelinos eram transmissoras na região, visto que nenhum estudo nesse sentido havia sido realizado até então. O Serviço Nacional de Malária (SNM), responsável pela investigação, concluiu que os vetores na região eram o *Anopheles oswaldoi*, seguido do *Anopheles albitarsis*, o primeiro "com hábitos domésticos bastante pronunciados".[29] Um segundo relatório confirmou o *oswaldoi* como o principal vetor de malária na região, um 'anofelino' que se reproduzia "tanto nas águas salobras como nas águas límpidas e era mais prevalente durante a estação seca", enquanto o vetor secundário, *albitarsis*, "preferia águas límpidas para sua reprodução e era mais presente na estação chuvosa, de março a abril".[30]

George Saunders, o primeiro superintendente do Sesp (abril de 1942 – outubro de 1943), havia sugerido ao ministro Capanema que o Serviço "ficasse com a responsabilidade de realizar as medidas de controle de malária ao redor das bases militares do Nordeste, especialmente em Recife e Natal".[31] Entretanto, pela gravidade que a situação assumiu em Recife, a tarefa acabou executada por um conjunto de agências brasileiras e norte-americanas. O Sesp e o SNM encarregaram-se de debelar a epidemia nos vilarejos vizinhos ao campo de Ibura, operação descrita como a "maior jamais realizada no estado de Pernambuco", e que incluiu drenagem e aterro de pântanos, aspersão de químicos em águas estagnadas e tratamento clínico dos doentes.[32]

No aeroporto militar propriamente dito, e em seu entorno, o controle foi empreendido pelo corpo sanitário americano e pela Panair do Brasil, esta encarregada de uma gigantesca operação de aterro das terras baixas em volta de Ibura. Completando as medidas, o corpo sanitário americano emitiu um rígido código de 'disciplina antimalárica', que compreendia desde controle ambiental até procedimentos individuais, tais como o uso obrigatório de mosquiteiros, repelentes, luvas, redes de proteção para o rosto e o toque de recolher ao cair da tarde.[33]

Natal e o *Anopheles gambiae*

O extremo oriental do nordeste brasileiro foi considerado pelos Aliados como de importância estratégica fundamental na defesa das Américas. Natal, por sua proximidade geográfica do continente africano, transformou-se em sede do mais importante aeroporto militar construído pelos norte-americanos em território brasileiro. Segundo Josué de Castro (1969: 19), Natal foi, durante certo período da Guerra, o "maior aeroporto do mundo". Por lá transitavam soldados e equipamentos militares para a África e Europa, ocorrendo mesmo algum tráfego aéreo para Índia, China e União Soviética. O movimento cresceu rapidamente no ano de 1943: no mês de maio passaram por Natal mais aviões por dia do que os que passavam por mês, no ano anterior. O número de soldados estacionados em Natal era relativamente pequeno em meados de 1942: 50 *mariners* e 90 soldados brasileiros. Um aumento substancial do número de soldados americanos na cidade deu-se a partir de novembro, quando o exército dos Estados Unidos estabeleceu na cidade uma agência subsidiária, separada de Recife, do seu quartel-general para o Atlântico Sul (Conn & Fairchild, 1963).

Ao contrário de Belém, em Natal não se considerou a malária um perigo sanitário sério para as tropas norte-americanas ali instaladas. No seu relatório, Dunham diagnosticou que, na capital potiguar, a disenteria amebiana seria muito mais ameaçadora para as tropas, e concluiu que, em contraste com os estados ao sul do Rio Grande do Norte e ao norte do Ceará, "a incidência de malária em Natal e em seus arredores é baixa". O diretor da Divisão de Saúde e Saneamento do Iaia ratificou que o trabalho da Fundação Rockefeller e do Serviço de Malária do Nordeste na erradicação do *Anopheles gambiae* fora responsável pela eliminação de outros vetores. Dunham também considerou o meio ambiente pelos modestos números da malária, ao afirmar que Natal "está localizada numa área de grandes dunas, a região é relativamente seca, e seu clima, em decorrência de ventos marinhos, é comparativamente frio".[34]

Fundamentado nesta avaliação otimista, o representante do Iaia no Brasil escreveu, em outubro de 1942: "o Serviço Nacional de Malária faz um bom serviço", garantindo aos seus superiores não estar preocupado com Natal.[35] Entretanto, o valor estratégico da região não permitia descuidos, e logo o Sesp enviaria um entomologista brasileiro e um engenheiro sanitário norte-americano para examinarem as condições sanitárias da cidade e do aeroporto militar de Parnamirim. Os técnicos distinguiram

apenas uma área como "potencialmente malarígena", ao norte da cidade, e concluíram que a construção de um sistema de drenagem seria obra simples e eficiente. Nos limites da cidade, a oeste e sudoeste, eles detectaram outra área potencialmente perigosa, próxima aos pântanos salgados de dois rios. Lá, canais de irrigação tornaram-se nichos potenciais para a reprodução de mosquitos, sendo que, num dos povoados do entorno, registraram-se dez casos de malária em 1941, numa população de somente 14 habitantes. No geral, o relatório final dos técnicos contratados confirmava a avaliação de Dunham de que não havia nenhuma ameaça grave na cidade, fato comprovado pelos indicadores de 1942. Neste ano, nenhum caso de malária foi diagnosticado entre o destacamento de *mariners* acampado em Natal.[36]

A pesquisa feita pelo Sesp em Parnamirim inferiu que não havia perigo de uma epidemia em torno do aeroporto, localizado numa região de dunas. Segundo os técnicos, com exceção de duas pequenas lagoas próximas ao campo – facilmente saneadas por larvicidas –, a área potencialmente malarígena mais próxima estava dois quilômetros a noroeste do campo. Um rio, a quatro quilômetros de Parnamirim, não foi considerado ameaçador para o aeroporto, porém um perigo potencial para pequenos destacamentos brasileiros acampados entre o rio e o litoral. Curiosamente, de agosto a outubro de 1942 nenhum caso da doença foi registrado entre os brasileiros, contra os 24 identificados entre os norte-americanos. Os técnicos do Sesp concluíram que os casos entre os americanos ocorreram com militares em trânsito, provavelmente vindos de Belém. Em dezembro de 1942, não havia nenhum caso de malária entre soldados lotados em Natal, quer norte-americanos ou brasileiros.[37]

Em que pese a correta avaliação expressa nos relatórios, um episódio, entretanto, abalou a tranqüilidade inicial dos militares e trouxe ansiedade para toda a região, quase provocando um incidente diplomático entre o Brasil e os Estados Unidos. O intenso movimento de tropas, aviões e navios provenientes da África e transitando por Natal criou uma possibilidade ameaçadora: a reintrodução, no Brasil, do mosquito africano *Anopheles gambiae*. Este 'anofelino', autóctone da África tropical, era nas palavras de Fred Soper (1977: 201) "o mais eficiente vetor de malária do mundo em função dos seus hábitos domésticos e de sua preferência por sangue humano".

O primeiro registro da presença deste mosquito no Brasil remonta a março de 1930, quando o entomologista norte-americano Raymond C.

Shannon, que trabalhava para a Fundação Rockefeller, surpreendeu-se ao encontrar alguns exemplares de *Anopheles gambiae* em Natal. Navios velozes eram capazes de cruzar o Atlântico Sul – de Dakar, no Senegal, até Natal – em três dias. Após exaustivo inquérito, Shannon concluiu que o mosquito chegara ao Brasil em navios de uma companhia francesa que operava, desde 1928, um serviço de correios entre a Europa e a América do Sul (Soper, 1977: 201-202).

As conseqüências da presença desta espécie exótica para a população do Nordeste foram trágicas. Em junho de 1930, uma epidemia de malária irrompera em Natal. Na ocasião, nada se fez para combatê-lo, apesar de a presença do *gambiae* ter sido denunciada às autoridades. A Revolução de 1930, conjugada à chegada de uma estação particularmente seca no Rio Grande do Norte, o que diminui a intensidade da epidemia, fizeram da presença do *gambiae* uma questão secundária (Soper, 1977). Como conseqüência, uma outra epidemia de malária eclodiu no primeiro semestre do ano seguinte nas cercanias do porto de Natal. Agudelo (1990) considera que o nível de violência desta epidemia não teve precedentes no Brasil, dado o grande número de pessoas doentes e mortas. Na oportunidade, o governo brasileiro organizou uma campanha de combate à epidemia e o mosquito foi eliminado da cidade. Porém, em junho do mesmo ano um insólito surto de malária foi registrado 180 quilômetros a nordeste de Natal. Pesquisas subseqüentes detectaram a presença do *gambiae* em diversos pontos do Rio Grande do Norte e, em 1937, o anofelino foi identificado no Ceará. A espécie havia se espalhado pelo Rio Grande do Norte e pelo vale do rio Jaguaribe, no Ceará, uma região ecologicamente mais propícia à sua reprodução (Agudelo, 1990).

Violentas epidemias sucederam-se no Ceará e no Rio Grande do Norte em 1938 e 1939, provocando mais de 140 mil casos de malária e um número de mortes estimado entre 14 e 20 mil (Agudelo, 1990). O Governo Vargas contratou, então, a Fundação Rockefeller para administrar um serviço especialmente desenvolvido para erradicar o *gambiae* do Brasil. Dirigido por Fred Soper, o Serviço de Malária do Nordeste (SMN) recebeu investimentos de dois milhões de dólares num projeto que, em seu ápice, em abril de 1940, empregava quatro mil pessoas. A espécie foi erradicada mediante o esquadrinhamento de todos os seus focos de reprodução, nos quais se espargiu verde-paris. Quando extinto, em junho de 1942, o SMN teve parte de seu pessoal e todos os seus equipamentos e suprimentos imediatamente transferidos para o recém-criado Sesp (Soper, 1977; Marks & , 1976).

O sucesso de Fred Soper, da Fundação Rockefeller e do SNM em erradicar o *Anopheles gambiae* do Brasil transformou-se num marco internacionalmente reconhecido da história da malária e seu combate. O conceito de erradicação fortaleceu-se na comunidade sanitarista internacional, particularmente depois que Soper repetiu a façanha de eliminar o *gambiae* do Egito, em 1942. Com o uso intensivo do DDT a partir de 1945, a erradicação da malária – assim como de outras doenças transmitidas por mosquitos – pareceu tornar-se uma possibilidade real. Packard & Gadelha (1997) têm uma interpretação diversa daquela construída por Soper (1977) e Soper & Wilson (1945) sobre o episódio do *gambiae* no Brasil, porém queremos apenas sinalizá-la, sem entrar na questão.

Quando Natal tornou-se um ponto fundamental na rota entre os hemisférios, o *gambiae* voltou a ameaçar o Brasil. O primeiro avião da Panamerican a pousar em Natal, em outubro de 1941, tendo decolado da África ocidental, trouxe a bordo uma fêmea morta da espécie *gambiae*, encontrada pelos técnicos do SMN. Entre outubro de 1941 e junho do ano seguinte, funcionários do Serviço identificaram vários exemplares de *gambiae* adultos em sete aviões provenientes da África (Soper & Wilson, 1945; Soper, 1977). O perigo de reinfestação do Brasil era evidente.

As notícias da ameaça de reintrodução daquela espécie exótica logo chegaram ao conhecimento de autoridades militares norte-americanas. Em maio de 1943, o chefe do Serviço de Inteligência dos Estados Unidos na Flórida enviou um ofício ao escritório do Departamento de Guerra, no Recife, solicitando informações sobre 'rumores' acerca da volta do *gambiae* a Natal. O coronel John Raymond, comandante da base militar do Recife, consultou o médico-chefe da Força Aérea norte-americana em Natal, mas este aparentemente não investigou a informação e limitou-se a responder: "não tenho conhecimento de que nenhum exemplar vivo ou morto deste mosquito tenha sido encontrado em Natal".[38]

A troca de ofícios entre o coronel Raymond, no Recife, e o médico-chefe da Força Aérea americana em Natal, mostra que, nos meandros da política antimalárica, existia muita tensão, preconceitos e desconfianças entre norte-americanos e brasileiros. O médico-chefe da Força Aérea norte-americana em Natal mostrou-se muito mais preocupado com espionagem de supostos simpatizantes nazistas do que com uma possível volta do *gambiae*. Em sua resposta ao coronel Raymond, ocupou-se em informar detalhadamente que uma nova lei brasileira, de fevereiro de

1943, determinava ser o DNS o órgão responsável pela desinfecção de todos os aviões que pousassem no Brasil. Para cumprir a lei, um "certo Dr. Martin", um médico brasileiro daquele Departamento, alegando que a desinfecção feita pelos norte-americanos não estava sendo executada adequadamente, "assumiu a responsabilidade pela desinfecção dos aviões norte-americanos". Porque o Dr. Martin tinha em seu poder uma lista dos aviões americanos desinfetados por ele, o coronel Raymond, fundamentado na resposta do médico-chefe da Força Aérea em Natal, informou ao Serviço de Inteligência da Flórida que "o Dr. Martin é definitivamente pró-nazista" e que a referida lista havia sido confiscada. O passo seguinte do coronel foi concluir ser "bastante provável" que o médico brasileiro fosse responsável pela origem dos rumores sobre a reintrodução do *gambiae* em Natal, relatando ao Serviço de Inteligência que o "simpatizante nazista" muito certamente "havia plantado estes boatos em represália por ter sido proibido de entrar nos aviões americanos".[39]

Em setembro do mesmo ano, as notícias sobre a presença do *Anopheles gambiae* no Nordeste quase se transformaram em problema diplomático entre o Brasil e os Estados Unidos. Naquele mês, o SNM encontrou cinco *gambiae* vivos em Natal: dois na base naval brasileira e três outros em casas vizinhas.[40] O alarmante desta notícia estava no fato de que, pela primeira vez desde que o mosquito fora erradicado do país, a inspeção sanitária o encontrava fora de um avião, no meio ambiente. Logo a história de aviões norte-americanos trazendo *gambiae* vivos para Natal chegava às manchetes dos jornais do Rio de Janeiro. A repercussão fez-se imediata no Nordeste, onde as lembranças da epidemia de 1938-39 ainda estavam vivas. Um jornal do Recife, em longo editorial intitulado *O inimigo retornou*, alertava para a possibilidade de uma epidemia de malária e para um perigo ainda maior: como os aviões militares, ao retornarem aos Estados Unidos, faziam escala em Belém, se o *gambiae* fosse levado para a Amazônia seria praticamente impossível destruí-lo.[41] Declarações do ministro Capanema e de outras autoridades brasileiras levaram o representante norte-americano a agir. O embaixador Caffery, informando ao presidente Vargas que averiguaria a questão, imediatamente mandou a Natal o diretor da Fundação Rockefeller no Brasil, "para examinar a situação *in loco*".[42]

O relatório do Dr. Taylor, da Fundação Rockefeller, confirmou que, em 51 vôos efetuados de setembro de 1941 a setembro de 1943, foram encontrados 130 exemplares de *gambiae* pelas autoridades sanitárias

brasileiras, dos quais 23 foram capturados vivos. Taylor acrescentou ser "muito difícil observar mosquitos em movimento e, portanto, é provável que o número dos mosquitos chegados vivos a Natal fosse maior que o registrado". O médico enfatizou que o perigo essencial estava nos cinco insetos achados vivos, porque "uma única *gambiae* fêmea grávida seria suficiente para reinfestação desta espécie no Brasil". Como os *gambiae* vivos haviam sido encontrados a 13 quilômetros do aeroporto de Parnamirim, o diretor da Fundação Rockefeller avaliou ser improvável que os mosquitos tivessem sido trazidos de avião, inclusive porque "a desinfecção de aviões realizada pelas autoridades sanitárias brasileiras era meticulosa". Taylor concluiu que os mosquitos vivos encontrados na base naval foram trazidos por navios da marinha norte-americana.[43]

O médico americano destacou que "a gravidade da situação deveria ser levada ao conhecimento do médico-chefe do exército e da marinha norte-americanos". Taylor insistiu que a ameaça do *gambiae* no Brasil era um perigo para "toda a América tropical e subtropical, incluindo os nossos estados do Sul", e que "todo esforço consistente com a condução da guerra deveria ser feito para evitar esta ameaça no continente". Recomendou que a melhor alternativa para evitar a repetição de novos casos seria uma ação sanitária enérgica no teatro de guerra africano, onde todos os navios e aviões deveriam ser meticulosamente desinfetados antes de zarparem para o Brasil. Apesar de o texto técnico e suas conclusões ratificarem a versão das autoridades sanitárias brasileiras, em um pequeno detalhe revelam-se as desconfianças entre americanos e brasileiros: ele afirma – como que para convencer seus compatriotas – que "pelo menos um militar norte-americano" havia confirmado serem *gambiae* os mosquitos identificados pelos brasileiros.[44]

Quatorze entomologistas reuniram-se em Recife e no Rio de Janeiro, em novembro de 1943, para a Conferência Brasileiro-Americana sobre *Anopheles gambiae*. Enquanto a conferência seguia seu curso, reacendeu-se o conflito: o governo brasileiro promulgou outro decreto, determinando que técnicos brasileiros fossem responsáveis pela desinfecção de aviões americanos na África, antes da decolagem para o Brasil. Este decreto, tal como o de fevereiro, que deliberava pela desinfecção de aviões americanos em território nacional, acentuou a tensão entre brasileiros e americanos. O ponto de vista dos norte-americanos era que

> se os brasileiros tiverem permissão para inspecionar os aviões americanos que decolam da África, irão acabar por pedir autorização para

inspecionar aviões no território dos Estados Unidos, o que poderia provocar requerimentos semelhantes de outros países.[15]

Um compromisso amainou os ânimos nacionalistas: acordou-se que o exército norte-americano 'convidaria' dois médicos brasileiros – Valério Konder e Mário Magalhães – para, em Dakar e Acra, "auxiliarem os oficiais norte-americanos na desinfecção de aviões destinados a Natal e Fortaleza".[16]

A imediata ação do SNM em Natal impediu a reinfestação do Nordeste pelo mosquito africano. Uma zona de proteção foi estabelecida em torno da base naval onde os *gambiae* vivos foram encontrados. Esta operação incluiu a fumigação de todas as casas num raio de vários quilômetros da base e uma sistemática procura por qualquer indício deste 'anofelino', enquanto se promovia a aspersão de químicos em águas estagnadas. Apesar de a busca não ter acusado nenhum sinal de reprodução do mosquito, o governo brasileiro convidou a Fundação Rockefeller para investigar o caso. De novembro de 1943 a março do ano seguinte, um grupo de 250 técnicos visitou 267 localidades do Rio Grande do Norte, não encontrando nenhuma evidência da presença do mosquito (Soper & Wilson, 1945).

O episódio da ameaça de reinfestação pelo *gambiae* demonstra parte das tensões existentes entre brasileiros e norte-americanos aqui instalados. Barros Barreto, ao se colocar contra a criação do Sesp, anunciara de certa forma este conflito, ao lembrar que o Brasil tinha uma tradição em saúde pública e que os médicos e especialistas brasileiros não poderiam ser reduzidos à "condição de meros colaboradores" dos norte-americanos. Os episódios do Dr. Martin, em Natal, acusado de ser pró-nazista e proibido de entrar nos aviões americanos, e do 'convite' do exército americano para que os médicos Valério Konder e Mário Magalhães 'auxiliassem' os americanos na desinfecção de seus aviões saídos da África são reveladores desta tensão.

O relatório do observador naval norte-americano em Natal também é bastante revelador do olhar superior com que os americanos olhavam os brasileiros. A descrição dos fatos feita pelo observador naval conflita com o relatório do diretor da Fundação Rockefeller, Dr. Taylor. Enquanto o relatório de Taylor manifestava que a possibilidade de reinfestação era real, e suspeitava que os *gambiae* encontrados vivos tivessem chegado em navios americanos, o observador naval americano em Natal afirmava que "a descoberta destes espécimes aqui, aparentemente, não causou nenhuma preocupação" e sugeria que "os mosquitos provavelmente haviam sido trazidos da África

por avião". O observador naval também tentou desacreditar os técnicos brasileiros que haviam acusado a presença de anofelinos em aviões americanos, ao afirmar que "a identificação errada deve-se ao fato de serem os mosquitos examinados [pelos brasileiros] a olho nu, o que impossibilita a correta avaliação". Além do mais, continuava o observador naval, "contribuía grandemente, para o equívoco, a inexperiência dos técnicos brasileiros nos métodos de classificação".[47]

A opinião do observador naval conflitava também com a avaliação de Fred Soper. Este médico admitia que, em 1939, ao iniciar seu trabalho no SMN, boa parte dos médicos e técnicos brasileiros não sabiam distinguir aquela espécie exótica de outras espécies de anofelinos. Entretanto, o treinamento, "através do exame de milhares de exemplares, preparou os brasileiros para reconhecer este mosquito no campo, quer em larva ou já adultos, a olho nu" (Soper &Wilson, 1945: 77). A mesma informação encontramos em depoimento de Leônidas Deane (1994), ao confirmar terem sido os brasileiros treinados para identificar o *gambiae* a olho nu. Registra ainda Deane que inclusive adolescentes locais foram contratados e treinados pelo SMN para identificar o mosquito, durante a campanha de erradicação.

A capacidade dos técnicos brasileiros para identificar o *gambiae* nos foi atestada, também, pelo ex-chefe do laboratório de entomologia do SMN em Natal, Dr. Milton Moura Lima, em depoimento. Foi ele quem primeiro identificou os *gambiae* capturados vivos perto da base naval, em setembro de 1943, fato confirmado, em seguida, por dois de seus companheiros, o Dr. José de Oliveira Coutinho, professor de parasitologia da USP, e o Dr. Durval Tavares de Lucerna, professor de parasitologia da Faculdade de Medicina de Recife. Segundo o Dr. Lima, os médicos e técnicos brasileiros, bem treinados pelos entomologistas Leônidas Deane e Maria Deane, estavam plenamente capacitados para identificar não apenas o *gambiae*, mas também outras espécies de anofelinos.[48]

Portanto, comparando as diferentes versões a respeito do mesmo episódio, podemos concluir que, ao expressar sua opinião, o observador naval norte-americano provavelmente estava seguindo a "prática aparentemente utilizada em Washington de considerar norte-americanos medíocres melhor qualificados para trabalhar aqui [no Brasil] do que medíocres ou bem qualificados brasileiros".[49] Na medida em que seu relatório foi escrito após a divulgação do relatório Taylor, podemos ainda supor que o observador

naval encontrava-se ciente da suspeita daquele médico, de que os anofelinos encontrados vivos na base naval haviam sido trazidos por navios norte-americanos, e que tentava ocultar a responsabilidade da marinha norte-americana diante de uma possível reinfestação do *gambiae* no Brasil.

Notas

1. Hudson ressalva, no entanto, que tal afirmativa só é valida para o caso do exército japonês.
2. Kendal, K. "A malária e a guerra", *Boletim do Sesp*, n. 15 (agosto 1944): 1-2.
3. Office of War Information, "Advanced Release for Monday Afternoon Papers", p. 2, May 7, 1945, Nara, RG 208, NC-148, EntryE-198, Box 1048.
4. Yagley, J. "A luta interamericana contra a doença", *Boletim do Sesp*, n. 15 (agosto 1944): 4, 3.
5. Office of War Information, "Advanced Release for Monday Afternoon Papers", p. 1, May 7, 1945, Nara, RG 208, NC-148, Entry E-198, Box 1048. Este índice significa que, de cada mil soldados estacionados na área por um ano, todos eles tiveram malária pelo menos uma vez, conforme Condon-Rall (1991).
6. Outras bases militares americanas também foram instaladas no Amapá, em São Luís, Fortaleza, Salvador e em Fernando de Noronha. Em todas as bases do continente foram realizadas medidas de controle de malária. Vamos nos limitar, neste capítulo, a estudar os três casos mais importantes.
7. Yagley, J. "A luta interamericana contra a doença", *Boletim do Sesp*, n. 15 (agosto 1944): 4.
8. "Dique at Belém", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 123 (June 1948): 9.
9. Saunders, G.M. "Report of Chief of the Field Party, July 1 to 15th", p. 1, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.
10. Yagley, J. "A luta interamericana contra a doença", *Boletim do Sesp*, n. 15 (agosto 1944): 4.
11. "Directory of American citizens employed by U.S. government agencies and their families in this consular district, Rubber Development Corporation, Belém, Pará", attached to letter from Edward D. McLaughlin to the Secretary of State, August 4, 1943, Nara, RG 59, Decimal File, 1940-44, Box 4474.
12. U. S. Naval Observer at Belém, Pará, Brazil, "Health Statistics for the city of Belém", p. 1, September 27, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210; Mixed Sanitary Commission, "Pará", p. 2-4, In "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-22, Brazil, Box 211.
13. U. S. Naval Observer at Belém, Pará, Brazil, "Health Statistics for the city of Belém", p. 2, September 27, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.

[14] Mixed Sanitary Commission, "Pará", p. 3-4, In "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-22, Brazil, Box 211.

[15] U. S. Naval Observer at Belém, Pará, Brazil, "Medical and sanitary survey outline of Belém, Section V: insects, animals, and plants that are of medical importance to man", p. 1, May 24, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.

[16] "Report of Field Party for Brazil for May, 1944", p. 17, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Report of Fields Parties (E-143), Brazil, Box 1601; Einor H. Christopherson, "The First Three Years of the Cooperative Public Health Program in Brazil, July 1942 to July 1945", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 79 (September 1945): 6-8.

[17] "Summary of Extract", p. 2, March 6, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[18] A decisão de transferir o quartel-general do exército americano no Atlântico Sul para Recife foi tomada depois que submarinos alemães afundaram cinco navios brasileiros em agosto de 1942, fato que provocou a entrada do Brasil na guerra.

[19] Dunham, G. C. "Preliminary Report and Medical Survey of Northeast Brazil", p. 15, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[20] U. S. Naval Observer at Recife, "Medical and Sanitary Survey at the City of Recife submitted by medical officer", p. 15, 9, attached to N. O. F., Recife, January 10, 1944, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[21] Saunders, G. M. "Malaria at Air Bases Northeast Brazil, Recife", p.1, August 18, 1942, attached to Report of Activities in Brazil from August 1 to August 15, 1942, from Saunders to Dunham, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599; "Resume of the initial work on the epidemiological malaria survey being carried out at Ibura Field, Recife", p. 4, attached to Report for the Brazilian Field Party for December, 1942, Nara, RG 229, General Records, Central Files, 1. Basic Economy, Country Files, Brazil, Box 83.

[22] "Projects in the Americas – Brazil", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 7 (December 1942): 4; Saunders, G. M. "Malaria at Air Bases Northeast Brazil, Recife", p. 2, August 18, 1942, attached to Report of Activities in Brazil from August 1 to August 15, 1942, from Saunders to Dunham, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599; Gause to Saunders, "Results of Reconnaissance Survey and Recommendations for a mosquito control Project at Ibura Air Field, Recife", p. 3, May, 5, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Divison Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[23] "Reconnaissance Survey of Malaria Conditions at Ibura Airfield, Recife, made by Dr. Oswaldo Silva and C.H. Field, Dated October 12-15, 1942", p. 3, Report of Acting Chief of Field Party for Brazil, October 1 to 31, 1942, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[24] "Resume of the initial work on the epidemiological malaria survey being carried out at Ibura Field, Recife", p. 2, attached to Report for the Brazilian Field Party for December, 1942, Nara, RG 229, General Records, Central Files, 1. Basic Economy, Country Files, Brazil, Box 83.

[25] "Reconnaissance Survey of Malaria Conditions at Ibura Airfield, Recife, made by Dr. Oswaldo Silva and C.H. Field, Dated October 12-15, 1942", p. 3, Report of Acting Chief of Field Party for Brazil, October 1 to 31, 1942, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[26] "Projects in the Americas – Brazil", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 7 (December 1942): 4; Saunders, G. M. "Malaria at Air Bases Northeast Brazil, Recife", p.1, August 18, 1942, attached to Report of Activities in Brazil from August 1 to August 15, 1942, from Saunders to Dunham, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599; "Reconnaissance Survey of Malaria Conditions at Ibura Airfield, Recife, made by Dr. Oswaldo Silva and C.H. Field, Dated October 12-15, 1942", p. 3, Report of Acting Chief of Field Party for Brazil, October 1 to 31, 1942, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[27] "Resume of the initial work on the epidemiological malaria survey being carried out at Ibura Field, Recife", p. 5, attached to Report for the Brazilian Field Party for December, 1942, Nara, RG 229, General Records, Central Files, 1. Basic Economy, Country Files, Brazil, Box 83.

[28] A suposição de que, entre estes migrantes, existissem indivíduos contaminados por malária baseamos na informação dos relatórios médicos de que a doença era endêmica em regiões de Pernambuco e estados vizinhos.

[29] "Resume of the initial work on the epidemiological malaria survey being carried out at Ibura Field, Recife", p. 1-2, attached to Report for the Brazilian Field Party for December, 1942, Nara, RG 229, General Records, Central Files, 1. Basic Economy, Country Files, Brazil, Box 83.

[30] B. Gause to Sanders, Results of Reconnaissance Survey and Recommendations for a mosquito control Project at Ibura Air Field, Recife", p.1, May 5, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[31] Saunders to Capanema, October 3, 1942, attached to Report of Chief Party for Brazil, August 15 to September 30, 1942, Nara, RG 229, Records of Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[32] O'Donnel, F. B. "Memorandum n. 36 – Malaria", p. 2, July 1, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1942-44, Brazil, Box 210; "Resume of the initial work on the epidemiological malaria survey being carried out at Ibura Field, Recife", p. 3, attached to Report for the Brazilian Field Party for December, 1942, Nara, RG 229, General Records, Central Files, 1. Basic Economy, Country Files, Brazil, Box 83.

[33] O'Donnel, F. B. "Memorandum n. 36 – Malaria", p. 1-3, July 1, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1942-44,

Brazil, Box 210. A Panair do Brasil era uma subsidiária da Pan American Airways, empresa encarregada da construção dos aeroportos militares no Brasil.

[34] Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 30, 39, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[35] "Report of Acting Chief of Field Party for Brazil, October 1 to 31, 1942", p. 3, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[36] "Projects in the Americas – Brazil", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 7 (December 1942): 5; Silva, O. & Field, C. H. "Reconnaissance of Malaria Problem in Vicinity of Parnamirim Airfield and city of Natal", p.1-5, November 4, 1942, attached to the "Report of Acting Chief of Field Party for Brazil, October 1 to 31, 1942", Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[37] Silva, O. & Field, C. H. "Reconnaissance of Malaria Problem in Vicinity of Parnamirim Airfield and city of Natal", p.1-3, November 4, 1942, attached to the "Report of Acting Chief of Field Party for Brazil, October 1 to 31, 1942", Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.; Souza, J. C. de. "National Malaria Service – Rio Grande do Norte Division", p. 3, attached to Report of the Brazilian Field Party for December, 1942, Nara, RG 229, General Records, Central Files, 1. Basic Economy, Country Files, Brazil, Box 83.

[38] Raymond, J. M. "Anopheles Gambiae Mosquito at Natal", p. 1, May 8, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box, 210.

[39] Raymond, J. M. "Anopheles Gambiae Mosquito at Natal", p. 1-2, May 8, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box, 210.

[40] Taylor, R. M. "Report prepared by Dr. R. M.Taylor of the Rockefeller Foundation", p. 1, October 4, 1943, enclosure to dispatch n. 12978 from Jefferson Caffery to the Secretary of State, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[41] "Recife Press Summary", October 8, 9 and 10, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210. Com os conhecimentos atuais sobre este mosquito, os entomologistas avaliam que as condições ambientais da Amazônia, na realidade, não são favoráveis à reprodução do *gambiae* (Deane, 1994).

[42] Jefferson Caffery to the Secretary of State, September 25, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil 2400, Box 210.

[43] Taylor, R. M. "Report prepared by Dr. R. M.Taylor of the Rockefeller Foundation", p. 1-3, October 4, 1943, enclosure to dispatch n. 12978 from Jefferson Caffery to the Secretary of State, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210. Entre outubro de 1941 e dezembro

de 1945, um total de 352 exemplares de *gambiae* foi coletado em 126 dos 9.229 aviões pousados em Belém, Fortaleza, Natal e Recife (West, 1963).

[44] Taylor, R. M. "Report prepared by Dr. R. M.Taylor of the Rockefeller Foundation", p. 3, October 4, 1943, enclosure to dispatch n. 12978 from Jefferson Caffery to the Secretary of State, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210. As recomendações de Taylor para desinfecção de navios foram seguidas pela marinha norte-americana, que determinou, ainda, que nos portos brasileiros os comandantes deveriam agir de acordo com as autoridades sanitárias locais. Os navios saídos de Natal para outros portos do Brasil deveriam ter os "compartimentos rigorosamente desinfetados".

[45] Peterson, H. C. "Conference in Rio and Recife on Anopheles Gambiae", p. 1, November 10, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 210.

[46] "Memorandum of Agreement", attached to Peterson, H. C. "Conference in Rio and Recife on Anopheles Gambiae", p. 1, November 10, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 210.

[47] U. S. Naval Observer at Natal, "Five adults anopheles gambiae were found", p. 1-2, October 28, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.

[48] Milton Moura Lima, depoimento concedido ao autor em junho de 1998.

[49] Walmsley Jr., W. N. "Memorandum – Sesp Operations", appended to Dispatch 14157 of January 11, 1944 from the U. S. Embassy at Rio de Janeiro to the State Department, Nara, RG 59, Decimal File, 1940-44, Box 4474.

4

A Outra Face da Guerra:

a 'Batalha da Borracha' e o Programa da Amazônia

Assim como no caso do controle de malária nas bases militares, as políticas de saúde desenvolvidas pelo Sesp na região amazônica – conhecidas como Programa da Amazônia – ditaram-se por um objetivo militar: aumentar a produção de borracha para o 'esforço de guerra'. Porém, se de início estava desenhado apenas para proteger seringueiros contra doenças, em especial a malária – numa vinculação imediata ao tal 'esforço de guerra' –, o Programa da Amazônia terminou por implicar uma ocupação econômica e territorial da Amazônia, projeto que servia à agenda do Governo Vargas, de desenvolvimento econômico e ampliação da autoridade estatal sobre o território nacional. As políticas de saúde do Sesp na Amazônia, portanto, afinavam-se plenamente com o projeto de *state and nation building* do Estado Novo.

O Programa da Amazônia

Aumentar a produção de borracha constituiu-se num dos maiores desafios que os Estados Unidos enfrentaram durante a Segunda Guerra. Com o objetivo de estocar a matéria-prima e incentivar a organização de seringais no Oriente, o governo Roosevelt fundou, em junho de 1940, a Rubber Development Corporation (RDC), uma subsidiária do Board of Economic Warfare. Entretanto, após Pearl Harbor e a invasão japonesa da Malásia e das Índias Orientais Holandesas (atuais Indonésia), duas colônias produtoras de látex, a carência repentina de borracha suplantou em muito o resultado dos esforços desprendidos para ampliar seu cultivo (Dean, 1987).

A borracha tornou-se, então, a matéria-prima mais cobiçada pelo esforço de guerra dos Aliados. Isto pode ser percebido nas palavras do vice-presidente da RDC à imprensa carioca: "muitos aviões de bombardeio pesado gastam tanta borracha de seus pneus para aterrissar que, em dez ou 15 destes pousos, o trabalho de um ano de um seringueiro é consumido".[1] Substituir por novas plantações os seringais agora nas mãos dos japoneses levaria, no entanto, muito tempo. Assim, a única alternativa para os Aliados estava nas árvores nativas do vale amazônico. Pelos Acordos de Washington, a RDC financiou com um fundo de cinco milhões de dólares um empreendimento para ampliar a exportação de borracha para os Estados Unidos para "não menos de 25 mil toneladas" por ano. Como sabemos, este contrato com a RDC estava acoplado a um "programa de melhoria das condições sanitárias [na Amazônia], em colaboração com agências oficiais das outras repúblicas americanas", ou seja, com o acordo de saúde e saneamento.[2]

A produção de borracha no vale amazônico efetivava-se pela extração da seiva das árvores silvestres. No início da década de 1940, havia três fazendas de borracha na Amazônia: duas de propriedade de Henry Ford, e uma terceira, organizada sob a forma de cooperativa, no então território do Guaporé, hoje Rondônia.[3] Na medida em que a produção destas fazendas não satisfazia às necessidades de guerra, mais seiva tinha que ser extraída dos 200 milhões de árvores silvestres que a RDC estimava existirem no vale amazônico brasileiro (Dean, 1987).

Um dos grandes problemas a serem enfrentados para o aumento da produção de látex era a falta de mão-de-obra. O censo de 1940 registrou 1.462.420 pessoas, numa área de 3.336.990 quilômetros quadrados compreendida pelos estados do Amazonas e do Pará e pelo então território do Acre. A densidade populacional de 0,44 habitante por quilômetro quadrado compunha um verdadeiro deserto demográfico (Brasil, 1947: 1). Os dados revelavam que 75% da população viviam em pequenas comunidades dispersas ao longo dos rios, enquanto 25% dos habitantes estavam concentrados em Manaus, Belém e em algumas pequenas vilas.[4]

Neste vasto território vazio, as doenças e a falta de comunicação, de transporte e de trabalhadores faziam-se as maiores adversidades a se ultrapassar no desafio de aumentar a produção de látex até os níveis requeridos pelos norte-americanos. A escassez de mão-de-obra e a abundância de doenças eram freqüentemente indicadas, nos relatórios do Escritório dirigido por Rockefeller, como os principais obstáculos ao 'desenvolvimento'

do vale amazônico.[5] A situação, de tão grave, originou uma consulta dos americanos ao Serviço Nacional do Índio, acerca da possibilidade de empregarem indígenas na produção de borracha.[6] Um funcionário do Escritório, em viagem de reconhecimento no vale, concluiu: "basicamente, o problema da Amazônia depende de força de trabalho". Caldwell King sugeriu então que o Escritório atraísse, para os seringais, trabalhadores de outras partes do Brasil e mesmo de outros países sul-americanos e do Caribe. King foi bastante irrealista no seu relatório, ao inferir que "meio milhão de pessoas deveriam ser trazidas para o vale nos próximos 12 meses"[7] – uma tarefa praticamente impossível, visto que propunha transportar para o Amazonas, alimentar, vestir, abrigar suprir de ferramentas de trabalho o equivalente a um terço de toda a população do vale naquele tempo. Em números muito mais modestos, entretanto, migrantes do Nordeste foram levados para trabalhar nos seringais do Amazonas, como veremos adiante.

King não cogitou o sistema de trabalho como razão para a falta de mão-de-obra nos seringais. Para o funcionário do Escritório, o problema poderia ser resolvido arregimentando trabalhadores de fora. Porém, todo o sistema de trabalho, produção e comercialização da borracha era, em si, um obstáculo aos planos de aumento da produção. Após ouvir, do interventor do território do Guaporé, um ex-seringueiro, que o sistema de trabalho seria uma espécie de "escravidão com outro nome", o embaixador americano, impressionado com o relato, escreveu ao secretário de Estado:

> O seringueiro compra tudo o que precisa do comerciante local, ou *seringueirista*, e está sempre em débito com este. Aquele, então, coleta as bolas de borracha da temporada e o *seringueirista* as compra ao preço que escolhe pagar. O resultado é que o seringueiro está sempre em dívida e não pode abandonar o trabalho porque os donos dos barcos não transportam trabalhadores sem a autorização dos patrões e, de qualquer forma, o seringueiro não tem dinheiro para pagar o alto custo da passagem. Ele só poderia escapar por terra através da selva, o que, virtualmente, é impossível.[8]

A descrição merece duas considerações: primeiro, o nome utilizado para designar o comerciante local era seringalista; e, mais importante, este comerciante era, reiteradamente, o dono do seringal. O sistema, na verdade, funcionava de maneira ainda mais cruel: o seringueiro estava proibido de vender a borracha para outros comerciantes e o seringalista, muitas vezes, mantinha capangas armados para intimidar

qualquer tentativa de fuga dos trabalhadores. No topo do sistema de trabalho, tínhamos os 'aviadores', comerciantes que traziam mercadorias de Belém e Manaus e dominavam o negócio da borracha, abastecendo com produtos importados os armazéns espalhados pela selva e comprando dos seringalistas a borracha defumada produzida pelos seringueiros (Dean, 1987; Weinstein, 1983).[9]

King mostrou-se mais sensibilizado, contudo, com as doenças que atacavam os trabalhadores, e logo chegaria à conclusão de que, para aumentar a produção de borracha, deveriam ser implementadas medidas sanitárias nas áreas produtivas. Em sua avaliação, de cada 50 'colonos' levados para trabalhar nos seringais das terras baixas do vale, 20 morreriam e outros 20 "teriam baixa produtividade por causa de doenças".[10] A Comissão Mista de Inquérito Sanitário havia apontado a malária, a tuberculose, a mortalidade infantil, as doenças entéricas, a filariose, a bouba, o vitiligo, o beribéri e a leishmaniose como as principais doenças do vale amazônico. O primeiro diretor do Programa do Amazonas, o sanitarista americano Kenneth Waddell, diagnosticou que "malária e má nutrição impediam o desenvolvimento do vale amazônico mais do que quaisquer outros fatores combinados".[11]

A Malária

O nome malária deriva do italiano *mala* e *ária*, significando 'mau ar', sendo utilizado, originalmente, para designar a fonte das febres, ou seja, os 'miasmas' de pântanos (Dunn, 1993). Quando a bacteriologia, no fim do século XIX, identificou seus agentes patogênicos, o nome malária passou a ser utilizado para nomear a doença, em lugar do agente. Antes, no Brasil colonial, a malária era conhecida com várias denominações de febres: sezões, terçãs, quartãs, maleitas, ou ainda febre intermitente ou maligna (Santos Filho, 1977; Karasch, 1993). Do século XIX até a década de 1930, o nome 'paludismo' (ou 'impaludismo'), derivado do francês, e que Bruce-Chawatt (1985) acredita indicar íntima relação com pântanos, tornou-se de uso corrente no Brasil, inclusive em publicações científicas. Na década de 1930, o termo malária começou a substituir 'paludismo' – possivelmente pela influência dos entomologistas da Fundação Rockefeller, que pesquisaram e publicaram no Brasil entre 1923 e 1933 (Bustamente, 1958)[12] – mas não é incomum encontrarmos o uso do velho nome francês ainda na década de 1940.

Apesar de definida como uma 'doença tropical', a malária já foi comum na Europa – onde, até o século XVII, era tão difundida a ponto de praticamente nenhum país estar livre do mal (Cartwright, 1974) – e nos Estados Unidos. No século XVIII, epidemias de malária ocorriam mesmo em regiões bastante temperadas, como os Países Baixos e a Alemanha. Por volta da década de 1880, a malária desapareceu do norte da Europa, com exceção da Suécia. No século XIX a doença atingia seu ápice na América do Norte: espalhou-se pelo vale do rio Mississipi e alcançou o Canadá e a costa noroeste do Pacífico (Ackerknecht, 1965). Nos estados do sul dos Estados Unidos, foi um problema até a década de 1940, mas na década seguinte estava erradicada do país (West, 1963). Quando o Sesp iniciou seus trabalhos na Amazônia, na década de 1940, a malária era bastante disseminada no Brasil, e a doença, ainda hoje, mantém-se entre os focos de atenção da saúde pública na Ásia, na África e na América do Sul.

O interesse do governo brasileiro em conhecer e combater a malária, durante muito tempo, esteve associado à produção da borracha ou à abertura de ferrovias, motivos que conduziram Oswaldo Cruz e Carlos Chagas à Amazônia, em 1910 e 1912. Na primeira viagem, encarregou-se Cruz de avaliar as condições sanitárias dos trabalhadores envolvidos na construção da Madeira-Mamoré. Em 1912, Oswaldo Cruz, comissionado pelo Comitê de Defesa da Borracha – órgão vinculado ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio – para traçar um plano de saneamento da região com vistas a recuperar a produção do látex, enviou Carlos Chagas, que chefiou a equipe médica e foi responsável pelo relatório epidemiológico da expedição (Stepan, 2003; Batista, 1977). Somente a partir de meados da década de 1930 a ação da União no combate à malária teve maior eficiência. Em 1936, o governo atuava em seis estados, além do Distrito Federal. Em 1938, com a criação do SMN e do Serviço de Malária da Baixada Fluminense, nove estados tornaram-se objeto da ação do poder público federal e, em 1939, a União passou a atuar em 14 estados, embora as intervenções permanecessem limitadas às capitais.[13]

Como sabemos, as políticas de saúde pública serviam de instrumento de centralização política e de incorporação de novos territórios à economia nacional; era fundamental, pois, de acordo com a perspectiva de *state and nation building* do Estado Novo, fazer o poder público chegar até o interior, daí que o combate à malária em âmbito nacional já estivesse na agenda do governo federal quando da criação do Sesp. Se, durante o governo provisório, Vargas já alentara para a necessidade de integrar a Amazônia

à economia nacional, convertendo "a exploração nômade na exploração sedentária" (Vargas, s/d, vol. II: 182), temos na conjuntura de guerra uma oportunidade de diversificação econômica, com o presidente sinalizando para o incremento na produção e a retomada da exportação da borracha. Registramos um crescente interesse pelas potencialidades da Amazônia, especialmente depois que Vargas visita o vale em outubro de 1940 e anuncia um plano de saneamento para a região (Vargas, 1941), focado na ação contra a malária, considerada "o maior empecilho ao desenvolvimento econômico do vale".[14]

Em 1940 – dois anos antes, portanto, da criação do Sesp –, o ministro Gustavo Capanema pede a Evandro Chagas a elaboração de um plano de saneamento do vale amazônico, a ser realizado em parceria entre o Serviço de Estudos das Grandes Endemias (Sege) e o DNS. Ao Sege caberia a organização de uma Escola de Malariologia e, ao DNS, a execução do plano. O projeto parecia já estar em andamento: a delegacia de saúde, em Fortaleza, anunciou, em julho de 1941, a inscrição para o curso de malariologista, destinado à "especialização de médicos que quisessem trabalhar nas campanhas do serviço de saneamento do Amazonas".[15] Evandro Chagas inicia um estudo sobre os anofelinos da região, além de um mapeamento das áreas endêmicas do vale, objetivando preparar o projeto sanitário solicitado por Capanema (Deane, 1947). Entretanto, em função da morte de Evandro Chagas e das mudanças de cenário por conta dos interesses americanos – que culminam na criação do Sesp, logo tornado responsável pelo combate à doença no vale no decorrer da década de 1940 –, o plano não se realizou nos moldes inicialmente previstos.

As Políticas de Controle de Malária no Programa do Amazonas

O Controle Emergencial de Malária: a atebrina

Na medida em que não havia – como ainda não há – vacina contra a malária, as medidas de controle da doença utilizadas pelo Sesp viram-se voltadas para eliminar seu vetor. Antes da invenção e da aplicação maciça do DDT, os métodos para a destruição da larva do mosquito ainda estavam fundamentados nas antigas técnicas de drenagem e aspersão de petróleo sobre superfícies de águas estagnadas. Como tais métodos não obtivessem êxito na Amazônia, O Sesp utilizou-se de medidas emergenciais para a

proteção imediata dos trabalhadores. Basicamente, isto significou a distribuição maciça de atebrina para os seringueiros.

A primeira droga eficaz contra a malária foi descoberta em meados do século XVII, quando missionários jesuítas aprenderam que uma infusão preparada com a casca da chinchona, uma árvore nativa do Peru, produzia defesa para as febres e efeitos debilitantes da doença. Mais tarde, identificou-se o quinino como a substância operativa deste efeito, o que foi essencial na definição da malária como uma doença específica, distinguindo-a de outras febres que não respondiam ao quinino. Na década de 1850, o cultivo da chinchona concentrava-se na ilha de Java, onde os holandeses estabeleceram praticamente o monopólio da produção de quinino, suprindo o mercado internacional até os japoneses conquistarem a colônia, em 1942. O primeiro conflito mundial estimulara os investimentos na pesquisa de uma substância química que pudesse substituir o quinino, o que levou os alemães a inventarem, na década de 1920, a atebrina (Dunn, 1993). Aperfeiçoada na década de 1940, em virtude das necessidades da Segunda Guerra, a atebrina foi largamente experimentada na Amazônia como profilaxia para prevenir a malária e suprimir seus sintomas.

A RDC comprara seis milhões de tabletes de atebrina, e havia iniciado a distribuição da droga pelo vale amazônico quando o Sesp iniciou o Programa da Amazônia, cuja primeira medida emergencial foi a distribuição daquele medicamento, o que se sobrepunha ao trabalho realizado pela RDC.[16] O antropólogo americano Charles Wagley, então trabalhando para o Sesp e encarregado da distribuição de atebrina, acordou com a RDC que o Sesp assumiria a responsabilidade pela compra e distribuição da droga por todo o Amazonas, fazendo-a chegar gratuitamente até os seringueiros.[17]

A direção do Programa da Amazônia determinou que a distribuição do medicamento convergisse para as áreas mais populosas do vale e para as regiões de produção de borracha.[18] No princípio, o Sesp distribuía a droga nos seus postos de saúde, porém logo se percebeu que a estratégia não atingia os seringueiros das áreas mais remotas. A alternativa foi a organização de uma vasta rede distributiva que, a começar pelos postos sanitários, envolvia firmas comerciais, seringalistas, prefeitos, missionários protestantes, padres católicos, pequenos proprietários e mascates. Paralelamente, iniciou-se uma campanha educacional: cartazes, anúncios em jornais e revistas, além de 'reclames' nos programas de rádio foram os meios empregados para convencer a população sobre os valores terapêuticos do

remédio, bem como para divulgar sua gratuidade. Até o final de 1942, o Sesp já havia fornecido mais de 2,5 milhões de tabletes da droga; em outubro do ano seguinte, o número de cápsulas atingiu 12,5 milhões, batendo 17,7 milhões em 1946.[19]

Em que pese os dados impressionantes, a distribuição de atebrina enfrentou muitos problemas, e não nos é factível avaliar o quanto deste volume foi, de fato, consumido pelos trabalhadores. Podemos imaginar as dificuldades dos profissionais do Sesp no transporte do medicamento até a população, devido aos obstáculos interpostos pela natureza e aos abusos dos aproveitadores de ocasião. Muitos integrantes da rede distribuidora, aproveitando-se das lacunas no controle da mercadoria, vendiam a droga, que era para ser gratuita.[20] Ao passo que o Sesp inclui os seringalistas na sua rede de distribuição, torna-se quase impossível saber se o medicamento é fornecido gratuitamente ou vendido nos barracões. Houve muitas denúncias de práticas desonestas, que, certamente, contribuíam para reforçar a dependência dos seringueiros, o que levou o Programa da Amazônia a abandonar o esquema da distribuição indireta, voltando a entregar o medicamento nos seus postos de saúde.[21]

Além de ser uma medicação nova e carecer de campanhas de esclarecimento, outro problema com a atebrina residia nos seus efeitos colaterais: distúrbios gastrointestinais e icterícia afastavam os usuários.[22] Para completar, se não ministrado corretamente os efeitos colaterais se agravavam, como também a rejeição à droga. Na pequena vila de Breves, no delta do Amazonas, um médico descobriu que um paciente de malária tomava atebrina "apenas enquanto durava a febre", resultando daí que o "medicamento perdia seu poder", provocando "preconceito da população contra o medicamento, a quem era atribuído toda a sorte de males".[23]

Entretanto, muitos relatórios do Programa da Amazônia enfatizam os bons resultados obtidos com o uso da atebrina. Um exemplo está no testemunho de Arnóbio Bonfim, médico do Sesp no então território do Guaporé. Bonfim observou que, antes da distribuição de atebrina, "cada trem semanal da estrada de ferro Madeira-Mamoré trazia uma média de dez casos graves de malária para o hospital de Porto Velho", registrando que este número caiu "para um caso semanal", após o início do trabalho.[24] Importa-nos registrar que os resultados positivos observados por Bonfim se viabilizaram, muito provavelmente, apenas pela forma especial com que o Sesp funcionou no território do Guaporé: lá, seus empregados viajavam

por todos os seringais, alcançando diretamente os trabalhadores e garantindo "a distribuição gratuita de atebrina". Esta estratégia também mereceu uma avaliação positiva da RDC, que considerou que a distribuição da droga produziria "um bom resultado" e seria "uma contribuição importante para o sucesso do programa da borracha".[25]

O ápice de distribuição de atebrina deu-se nos anos de 1942 e 1943. Após outubro deste último ano, quando o Sesp já implementava programas de longo prazo para controle da malária, houve uma considerável redução no fornecimento do remédio. Se entre junho e outubro de 1942 12,5 milhões de tabletes foram entregues – uma média de 735 mil tabletes por mês[26] –, entre outubro de 1943 e fins de 1946 Deane (1947: 30) registrou que apenas 5,2 milhões de cápsulas foram distribuídos, ou seja, uma média de 133 mil tabletes por mês. No início de 1945, verificamos a escassez de atebrina em muitos postos e centros de saúde do Sesp, sem dúvida um sinal de que a estratégia de controle da malária havia mudado, mas também sinal de perda de interesse no Programa da Amazônia, com a aproximação do término da Guerra. Naquele ano, um médico responsável pelo centro de saúde de Tarauacá, no Acre, relatou que "os seringalistas haviam pedido atebrina para tratar de um surto nos seringais, mas não havia sido possível ajudá-los, pois seu estoque era de apenas 500 tabletes".[27] Em outubro de 1947, o chefe do centro de saúde de Cruzeiro do Sul, no Acre, reclamava que "as dificuldades do distrito aumentavam" pela "falta de atebrina" e outras drogas.[28]

A Pesquisa Científica: vetores e epidemiologia

O Sesp desempenhou um valoroso papel na pesquisa científica no Amazonas, ampliando o conhecimento entomológico sobre os vetores da malária, assim como os estudos epidemiológicos visando a políticas de controle e diminuição da morbidade. Estes estudos representaram contribuição relevante para o conhecimento sobre a doença, na medida em que a malária manifesta-se de formas diversas, relacionadas ao conjunto de condições ecológicas, econômicas e culturais de cada localidade – comunidades infectadas e não-infectadas com malária podem conviver relativamente próximas. De 1942 a 1946, durante os meses de junho e dezembro, respectivamente períodos de alta e baixa incidência de malária no Amazonas, o Sesp realizou 145 inquéritos em 53 cidades e vilarejos do vale, a cargo de Leônidas Deane (1947: 11-13), que concluiu: a presença da malária na

Amazônia variava de acordo com a região, e "não foi encontrada uma geral e alta incidência de malária como sugerida por antigas pesquisas", na medida em que o *plasmodium* foi identificado apenas em 3,1% das amostras de sangue coletadas. Deane, entretanto, advertiu que os inquéritos eram realizados em cidades e vilas, e que o índice de infecção poderia ser bem maior se as coletas tivessem sido feitas entre a população rural, que representava 75% dos habitantes do vale.

As pesquisas do Sesp revelavam: "todos os municípios incluídos no Programa da Amazônia estão infectados de malária, com alguns poucos centros de população livres dessa doença".[29] Nas duas maiores cidades do vale, Belém e Manaus, a doença era endêmica, assim como em Rio Branco, Boa Vista, Porto Velho e Marabá. Na medida em que a incidência de malária ocorria de forma heterogênea, Deane classificou a Amazônia em duas regiões: uma "mais malárica" e outra "menos malárica". Na primeira categoria, ele listou o então território do Guaporé; as imediações dos rios Tocantins, Xingu e Tapajós; as ilhas Guajarinas; o sudeste da ilha de Marajó; e todo o território do Amapá. A segunda região compreendia o território do Acre; os rios Solimões e Amazonas; parte do vale do rio Madeira; a fração nordeste da Ilha de Marajó; e a região da estrada de ferro Bragança. Deane (1947: 13-15) observou, no cotejo entre as diferentes localidades estudadas, grande variação do grau de endemicidade, variação esta que poderia, inclusive, ser maior do que aquela que baseou a divisão nas duas regiões antes discriminadas.

O meio ambiente do Amazonas, com sua exuberância de água e calor, certamente é uma variável que contribui para a ocorrência da malária, porém a propagação da doença tanto variava não apenas por conta das circunstâncias ecológicas originais, mas também pelo impacto da presença humana na região. A malária pode aparecer em áreas antes livres da enfermidade, em conseqüência do desequilíbrio ecológico provocado pela ação do homem. Historicamente, a construção de estradas de ferro e canais, por exemplo, sempre foi seguida de epidemias de malária, sendo a construção do Canal do Panamá o mais famoso exemplo internacional (Ackerknecht, 1965). No Amazonas brasileiro, o mais conhecido episódio dessa natureza foi a construção da estrada de ferro Madeira-Mamoré.

Um caso exemplar de malária causada pelo homem foi encontrado pelos pesquisadores do Sesp no delta do Amazonas, onde "a terra é baixa e a floresta densa e há uma variação da maré que pode atingir 2,5 metros". Lá, os focos de reprodução dos mosquitos achavam-se nas regiões desmatadas

para agricultura. Outro evento observado foi o contraste entre as vilas de Afuá e Anajás, ambas no delta. Afuá era livre de malária e estava localizada num terreno muito baixo, que periodicamente inundava com as altas marés, sendo "as casas e os caminhos entre elas em forma de palafitas". A vila de Anajás, entretanto, apesar de ecologicamente muito semelhante a Afuá, era, ao contrário, severamente atacada por malária. A diferença restava na atividade econômica das duas vilas: em Afuá, não havia criação de gado, enquanto em Anajás "o gado pastava livremente nos terrenos em volta das casas formando com suas patas pequenos depósitos de água que se transformavam em ótimos focos de *Anopheles*". Ainda temos o depoimento de James Knott, diretor do Programa do Amazonas, que se deparou, em 1943, com diversas vilas livres de malária no delta do rio, sendo a mais notável Gurupá. Knott anotou que "esta pequena vila sempre foi livre de malária", e a definiu como "uma ilha num mar de malária rural". A peculiaridade de Gurupá era sua localização "no alto de uma colina e a terra ao redor da vila estar sujeita a marés dos pântanos, dessa forma não pôde ser cultivada e nunca foi desmatada".[30]

Os estudos entomológicos constituíram um outro aspecto positivo das pesquisas do Sesp na Amazônia. Ao controle de malária interessava sobremaneira o conhecimento dos vetores, pois o combate à doença baseava-se na concepção de que o vetor era o ente mais fraco da cadeia epidemiológica. Estes estudos acumularam informações sobre reprodução, hábitos alimentares, distribuição geográfica e outras características do comportamento de mosquitos. Das 30 espécies e variedades de *Anopheles* encontradas na Amazônia, Deane estimou apenas duas como importantes vetores: *Anopheles darlingi* e *Anopheles aquasalis*. A primeira, identificada em 81 das 115 localidades onde os pesquisadores coletaram amostras, foi considerada o principal vetor do vale do Amazonas. A segunda espécie, menos difundida, limitava-se às áreas costeiras do Pará (Deane, 1947: 20).

Até 1926, confundia-se o *Anopheles darlingi* com outras espécies de morfologia similar. Um sanitarista da Fundação Rockefeller então o descreveu como uma espécie distinta (Bustamante, 1958). Em 1931, Davis afirmou que o *darlingi* seria o maior vetor de malária em Belém e, dois anos depois, Shannon, um outro médico americano, que trabalhava para a Fundação Rockefeller, confirmou o prognóstico de Davis.

Deane argumentou que as razões para a prevalência do *darlingi* como vetor estavam no fato de o mosquito manter hábitos domésticos, preferir sangue humano e picar a vítima enquanto esta dormia, tarde da noite. O

mosquito obedecia a exigências estritas para sua reprodução: largos e profundos poços de água límpida, banhados pelo sol ou parcialmente sob sombra. Lagoas, poças d'água e igarapés, portanto, eram seus locais preferidos para reprodução, apesar de, durante a estação chuvosa, o mosquito às vezes ser encontrado em pequenas poças artificiais. Por causa dessas particularidades, Deane (1947: 20, 26) rematou que, nos períodos das chuvas, os focos de *darlingi* espalhavam-se por áreas não ocupadas na estação seca.[31]

O segundo vetor mais significativo na região amazônica, o *Anopheles aquasalis*, diferentemente do *darlingi*, só podia ser encontrado no litoral ou próximo da costa, por se reproduzir em água salobra, geralmente em pântanos influenciados pelas marés. Deane verificou a presença desse mosquito em praticamente todos os pontos do litoral onde pesquisou, identificando Belém como o seu sítio de proliferação mais distante do mar. Deane (1947: 27) considerava o *Anopheles aquasalis* – que, ao contrário do *darlingi*, não nutria hábitos domésticos – um vetor potencialmente perigoso apenas se encontrado em grande quantidade. Na costa do estado do Pará, incluindo as terras baixas dos subúrbios de Belém e a base americana de Val de Cans, *aquasalis* era o vetor mais comum. Deane apontou que outras espécies podiam desempenhar um papel secundário como vetores. O *Anopheles pessoai*, em certas condições, poderia ser um transmissor, e o *Anopheles albitarsis*, se em vasto número ou quando coexistindo com o *darlingi*, por vezes agia na infecção da malária.

Do ponto de vista histórico, as pesquisas são importantes porque registram um momento um pouco anterior ao uso indiscriminado do DDT, quando o estudo das complexidades da malária e o seu controle requeriam, além do conhecimento médico, o exame detalhado dos quadros propícios à existência da malária: uma interação entre condições ecológicas, vetores, agentes patógenos e ação do homem. A prática de execução de análises locais praticamente foi abandonada depois que o DDT passou a ser utilizado como única estratégia de combate à malária. Tão poderosa era a idéia de 'erradicação', apoiada em uma visão reducionista, que o estudo da malária do ponto de vista epidemiológico foi praticamente ignorado por 30 anos, perspectiva que começou a mudar a partir da década de 1980. Atualmente, a compreensão das diferenças na biologia e o comportamento das diversas espécies são matéria reconhecida. O foco de atenção dos entomologistas deslocou-se, no entanto, da morfologia para as características genéticas dos anofelinos (Marsh & Snow, 1997).

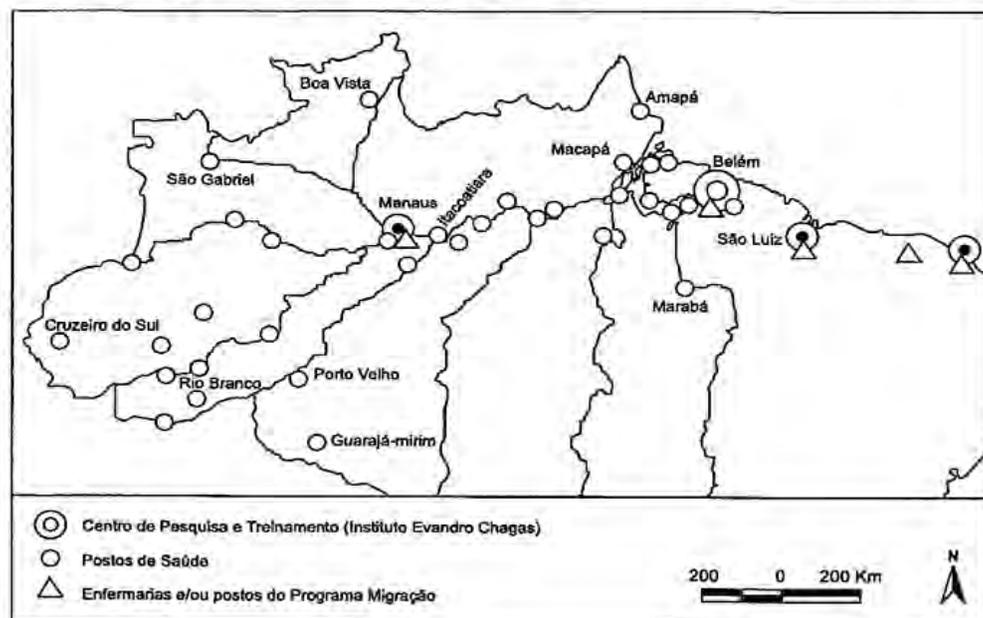
Mudando Estratégias: o controle de malária a longo prazo

Os primeiros programas de controle de malária, de longo prazo, estabelecidos pelo Sesp na região amazônica, fundavam-se na tradicional estratégia de intervir no meio ambiente, com dessecação de pântanos, aterramentos e limpeza de focos de mosquitos, cujo maior exemplo é o dique de Belém, antes mencionado. Em áreas onde não cabia este tipo de intervenção, a alternativa foi o uso de medidas de controle sazonais, como a aspersão de agentes químicos em águas estagnadas.[32]

Tais medidas só seriam eficazes se seguidas por políticas sanitárias regulares e de rotina junto às populações. O segundo superintendente do Sesp, o médico americano E. H. Cristopherson, sugeriu que uma política de saúde de longo prazo para a Amazônia deveria começar com o controle das duas doenças mais debilitantes no vale: malária e parasitas intestinais.[33] Para o médico, na medida em que estas doenças causam anemia, qualquer redução sobre sua incidência levaria a uma melhoria geral das condições sanitárias na região e a um aumento na produtividade do trabalho, opinião de que compartilhava o primeiro superintendente do Sesp, George Saunders, que diagnosticou a malária como principal causa da morbidade e mortalidade na região e orientou para a priorização de sua prevenção e controle nos centros e postos de saúde do Sesp.[34]

Desta forma, a estratégia de longo prazo do Sesp implicou a construção de uma rede de unidades sanitárias no vale amazônico. Depois de um estudo demográfico e econômico, a agência selecionou os 30 centros mais importantes do vale, que serviriam de sede dos distritos sanitários de onde, por meio de uma rede de centros de saúde, postos e subpostos, a política da agência seria implementada.[35] O plano original era construir, em todas as sedes de distrito, pelo menos um posto que pudesse ser, posteriormente, transformado num centro de saúde. A pretensão original era grande, pois o plano estabelecia que os 30 distritos fossem divididos em subdistritos e, estes, subdivididos de forma que todo o território pudesse ser fiscalizado por um inspetor sanitário que semanalmente "cobrisse todo potencial foco de anofelinos".[36] Já em fins de 1942 o Sesp havia instalado os primeiros dez postos de saúde no vale, inclusive os postos de Belém e Manaus, e no mês de maio do ano seguinte adicionavam-se 14 postos à operação.[37] Com a abertura de mais cinco distritos sanitários em junho de 1943, o Iaia considerou que o Programa do Amazonas havia lançado as bases da política sanitária do Sesp no vale.[38] No fim daquele ano, um total

de 34 postos de saúde estavam em funcionamento (ver Mapa 2).[39] Posteriormente, voltaremos a examinar esta rede de unidades sanitárias.

Mapa 2 – Sesp – Infra-estrutura de Saúde Pública no vale amazônico – 1944

Digitalização: Rafael L. L. L. Chaves.
Adaptado de: *Boletim do Sesp*, n. 12 (julho de 1944). Base cartográfica: IBGE.

De acordo com a política de estabelecer centros ou postos de saúde em vilas e cidades de maior concentração demográfica e econômica e providenciar assistência para trabalhadores engajados na produção de borracha, o primeiro centro de saúde do Sesp na Amazônia foi inaugurado em Breves, uma vila de 900 habitantes onde funcionava um entreposto de borracha, em 20 de julho de 1942, enfatizando tratamento médico e prevenção em malária e doenças intestinais.[40]

A estratégia de consolidar uma rede permanente de unidades sanitárias nos confirma o argumento de que, para o Governo Vargas, o Sesp serviu de instrumento de expansão da autoridade pública, mesmo quando a agência esteve orientada para atender os objetivos militares dos norte-americanos. Isto porque, 'sanear a Amazônia' para produzir borracha significou, na prática, a construção de uma rede de unidades sanitárias para

controlar a malária. O fato de proporcionar o acesso a uma imensidão de regiões isoladas do país, os chamados 'sertões' (Lima, 1999), propiciando a ampliação da presença do Estado brasileiro na região amazônica, onde médicos e funcionários do Sesp representavam, muitas vezes, o único meio de contato de algumas populações com o poder público nacional, permite-nos afirmar que o exclusivo objetivo militar dos norte-americanos foi 'ressignificado' no Brasil.[41]

Seguindo as observações de Charles Tilly (1975: 3-83) sobre a formação dos estados nacionais, podemos sugerir o quão importante foi o papel do Sesp neste processo no Brasil, como 'organização governamental', ao estabelecer 'relações de rotina' com populações isoladas na vastidão dos sertões brasileiros. Além dos aspectos simbólicos da introdução de um provimento de rotina de atenção à saúde das populações, os efeitos da contratação de funcionários para as unidades do Sesp não devem ser menosprezados como fator de criação de lealdades com o poder público. Neste caso, não nos referimos aos médicos e administradores enviados das capitais, mas aos funcionários recrutados regionalmente – guardas sanitários e enfermeiras visitadoras, por exemplo –, cujas referências políticas mantinham-se até então restritas aos oligarcas locais.

Outro indício de transformação para além dos limites iniciais do programa foi a produção de pesquisas por cientistas brasileiros e norte-americanos vinculados ao Sesp. Ressaltamos, aqui, os trabalhos do entomologista Leônidas Deane, que, entre 1942 e 1946, conduziu estudos por toda a Amazônia, traçando um mapa da malária na região, ou seja, produzindo informações para o Estado brasileiro. No caso da produção científica, percebemos a importância da atuação profissional dos sanitaristas para a plasticidade dos projetos originais dos estrategistas políticos. Embora não constasse da agenda do acordo sanitário, a pesquisa científica sobre malária estava, porém, na agenda do Governo Vargas desde 1940, conforme vimos – e não apenas para atender aos objetivos militares do programa –, e se tornou inevitável. Estes exemplos nos confirmam as observações de Stern (1998), sobre a interação das instituições internacionais atuando em espaços culturais diversos, assim como também nos lembram os estudos de Palmer (2004), sobre a Costa Rica, e de Castro-Santos (2003), sobre a atuação da Fundação Rockefeller no Brasil.

Limites do Programa da Amazônia

Em 1945, transcorridos três anos do início do programa, o Sesp fez a primeira avaliação do trabalho de controle da malária. Os resultados não foram considerados satisfatórios, apesar de o item consumir generosa fatia do orçamento do Programa da Amazônia.[42] Entre as razões apontadas para o fraco desempenho estavam a complexidade do meio ambiente e a baixa densidade populacional naquela vasta área, duas variáveis que, combinadas, faziam um custo sempre maior do que o resultado obtido. Ainda algumas particularidades do vetor principal, *Anopheles darlingi*, contribuíram para tornar os métodos de controle tradicionais ainda mais difíceis (Deane et al., 1948).[43] A insuficiência de estudos, além de problemas de planejamento e coordenação, também foram apontados como razões para o baixo desempenho do programa de controle. Como alternativa, o Sesp criou uma Divisão de Malária, com o objetivo de "coordenar e supervisionar as atividades relacionadas ao estudo e controle de malária em toda a região amazônica".[44]

Além do já comentado, uma outra variável criada involuntariamente pelo Programa da Borracha certamente colaborou para agravar a situação da malária no vale. Um intenso movimento populacional afluiu em todo o vale na primeira metade da década de 1940, deslocando populações de áreas de nenhuma ou de baixa endemicidade para regiões altamente maláricas. Este movimento ocorreu em virtude do *boom* econômico provocado pela demanda de borracha, estimulado ainda pela política governamental de migração, que será analisada adiante. Entre 1946 e 1947, o Sesp fez uma série de pesquisas nas pequenas cidades de Afuá, Alenquer, Breves, Cametá, Chaves, Faro, Gurupá, Itaituba, Juriti e Oriximiná, todas no estado do Pará. As pesquisas registraram um movimento populacional muito significativo: 39% da população daquelas cidades haviam migrado num período de quatro anos ou menos.[45] A conjugação do baixo índice de imunidade dos recém-chegados com uma alta população de vetores e precárias condições de vida favoreceu a expansão da malária.

Aos limites da política de controle de malária posta em prática pelo Sesp durante a 'batalha da borracha', corresponderam um limitado sucesso no aumento da produção de látex. O crescimento da produção no ano de 1943 foi de apenas cinco mil toneladas, e a produção de borracha exportada para os Estados Unidos em 1945 não ultrapassou a marca de 11.973 toneladas já alcançada em 1944, um volume bem menor do que o preconizado pelos Acordos de Washington (Dean, 1987).[46]

Por que o Programa do Amazonas não alcançou seu objetivo de aumentar substancialmente a produção de borracha? Warren Dean sugeriu que a explicação para o fracasso estava no sistema de produção e comercialização da borracha: os aviadores, que agiam como intermediários comerciais, dominavam o sistema e não tinham interesse em aumentar a produção, dado que podiam obter igual ou maior lucro com a mesma oferta de borracha. Ao mesmo tempo, os preços inflacionados provocados pelo *boom* econômico e pela especulação derivada da situação de guerra faziam-nos lucrar extraordinariamente. Segundo este argumento, a única maneira de aumentar a produção de borracha no volume requerido pelos Acordos de Washington seria destruir aquele sistema, comprando borracha diretamente dos seringueiros e fornecendo-lhes os produtos necessários para o trabalho e a sobrevivência na selva, numa reengenharia política improvável. Dean conclui que, diante deste dilema, a "embaixada norte-americana por fim decidiu que a única esperança de fazer crescer as exportações era colaborar com os sátrapas que controlavam o comércio". A estratégia falhou, e os

> aviadores e seringalistas trapacearam os norte-americanos tão facilmente quanto eles faziam com os seringueiros (...) e mesmo com um incentivo quatro ou cinco vezes maior do que o preço do produto no mercado mundial eles não se interessavam em aumentar a produção. (Dean, 1987: 95, 103-104)

O domínio dos aviadores e seringalistas sobre o sistema de produção e comércio de borracha fez-se ainda maior depois do bloqueio submarino imposto pelos alemães. Como apontou Djalma Batista (1946), o Amazonas praticamente não produzia alimentos e outras mercadorias básicas, importando praticamente tudo. Com o bloqueio, o delta do rio Amazonas, portão de entrada do vale, ficou isolado do resto do Brasil, tornando o transporte de produtos e pessoas ainda mais difícil e dispendioso. O resultado foi uma inflação de 300% durante a Guerra, não acompanhada, naturalmente, de uma respectiva elevação dos salários. Segundo Dean (1987: 96), a especulação com produtos alimentícios tomou uma dimensão tão descontrolada que "técnicos da RDC relataram que muitos seringueiros eram forçados a voltar-se para a caça e pesca para sobreviver". Alves (1984: 101-102) concluiu que a maior conseqüência do Programa da Borracha, com seu estímulo aos investimentos internacional e governamental, foi um revigoramento do "arcaico e reacionário sistema de crédito e distribuição", baseado numa relação de trabalho precária, quase

uma escravidão. Para Batista (1946: 199-200), a Guerra trouxe um simulacro de desenvolvimento econômico para a região: muito dinheiro circulou pelo vale, mas pouca gente disto se beneficiou. Para a maioria da população, as condições de vida pioraram, perfazendo um período de dois anos "de miséria e exploração".

Uma carta de dois seringueiros de Brasiléia, no Acre, encaminhada ao presidente Vargas, corrobora os argumentos dos autores citados. Os seringueiros Francisco Praia e João Valério, dizendo-se "vítimas de injustiças e ameaças", denunciam os abusos a que estavam submetidos. Segundo Praia e Valério, o proprietário do seringal Paraguassu, "de nacionalidade portuguesa", vendia atebrina "certificada pelo governo", cobrava "gratificações dos soldados da borracha que foram transportados para esta fronteira a custa do governo", não reconhecia "nossas contas de liquidações da borracha", falsificavam a "conta geral do Banco", além de "falsificar" a borracha, misturando outras substâncias ao látex. Os seringueiros afirmavam que eram acusados de "pôr na borracha sernambi e outras" (sic), porém refutavam veementemente a acusação dos seringalistas, afirmando que nunca fariam isto "nem quando a borracha não tinha a exigência que tem atualmente", por saberem "tratar-se de material de guerra cotado por V. Exaª". Finalizavam a carta afirmando-se: "soldados da borracha empenhados na defesa do país (...) e que contavam com o apoio de V. Exª para que nossa situação seja melhorada".[47]

O Controle de Malária no Pós-Guerra: o DDT

O padrão de controle da malária alterou-se substancialmente com a invenção de um novo e poderoso inseticida residual desenvolvido durante a Guerra: o DDT. A partir daí, o campo de batalha contra a malária deslocou-se do ambiente ecológico do vetor para o interior das habitações. Testado secretamente em 1942 pelos Estados Unidos, a partir de 1944 o DDT foi usado no teatro de guerra europeu e, a partir de 1945, no Brasil. O DDT era aspergido em superfícies interiores das habitações, diminuindo sensivelmente os custos de combate aos vetores. O sucesso desta nova técnica fez com que, cada vez mais, os responsáveis pelas políticas sanitárias acreditassem que o DDT substituiria as tradicionais formas de controle da malária, contribuindo de forma determinante para a fomentação do 'otimismo sanitário' do pós-Guerra e reforçando uma

perspectiva médica reducionista, com a crença de que seria possível erradicar a doença (McNeill, 1989; Garret, 1995).

A Divisão de Malária do Sesp decidiu experimentar o uso do DDT em Breves, uma das vilas de maior endemicidade de malária no Amazonas, localizada no sudoeste da ilha de Marajó.[48] Numa pesquisa do Sesp, em 1943, os médicos detectaram o *plasmodium* de malária em 22% da população. Breves foi um dos lugares do vale onde a tentativa de controle da doença fracassara. A vila estava rodeada por vastos pântanos, difíceis de serem drenados, e a aspersão de óleo em águas estagnadas também se mostrara inútil. Com o abandono destas medidas, no começo de 1945 houve um "tremendo aumento da malária em Breves" e, naquele mesmo ano, iniciou-se o tratamento com DDT nas moradias da vila. Em janeiro do ano seguinte, o "*Anopheles darlingi*, tanto em larva como adulto, havia desaparecido em Breves".[49]

Após o bom resultado da experiência em Breves, a Divisão de Malária do Sesp resolveu experimentar o uso do DDT em maior escala. Os relatórios produzidos pelos médicos do Sesp na época mostram um crescente otimismo no combate à malária com a nova técnica.[50] O entomologista Leônidas Deane, por exemplo, registrou: "o DDT parece ser o meio mais eficiente de reduzir a malária (...), na medida em que seu efeito residual torna possível a erradicação de uma alta percentagem de *darlingi* nas casas aspergidas (...) mesmo quatro meses após a aplicação" (Deane et al., 1948: 1122).

Encorajado pela boa perspectiva, o Sesp assinou um acordo com o governo do Amapá para aspergir DDT em quatro vilas do então território. Outros acordos similares seguiram-se: em setembro de 1946, o Sesp foi contratado pelo governo do território do Guaporé para aspergir DDT nas residências e edifícios públicos de Porto Velho e Guajará-Mirim. Os excelentes resultados levaram a dois outros convênios similares, desta vez ampliando a ação para as moradias ao longo da estrada de ferro Madeira-Mamoré e para as pequenas vilas de Jaci-Paraná, Abunã e Fortaleza de Abunã.[51]

Embalado pelos resultados aparentemente definitivos do uso do DDT, os governos de diversos municípios da Amazônia também procuraram o Sesp para negociar contratos semelhantes. Em 1946 os prefeitos das cidades de Altamira e Óbidos, no Pará, assinaram acordos segundo os quais o Sesp providenciaria tecnologia e funcionários capacitados, enquanto a cidade pagaria pelo DDT e pelo transporte de homens e material.[52] Neste ritmo, em 1949 o Sesp havia aspergido DDT em 164 cidades e vilas nos

estados do Pará e Amazonas e nos territórios de Guaporé e Amapá. A despesa, quando possível, era paga pela municipalidade, mas o Sesp também dividia o custo e mesmo o assumia completamente, caso a cidade não pudesse pagar pelo serviço.[53] Já em 1947, a aspersão de DDT em paredes interiores era "medida única de controle da malária" na Amazônia brasileira (Deane et al, 1948: 1121).

A partir de 1949, o Sesp deixou de executar a política de controle de malária no Amazonas e no vale do Rio Doce, sendo esta responsabilidade transferida para o Serviço Nacional de Malária.[54] Podemos afirmar com propriedade que as experiências do Sesp com DDT sem dúvida fazem parte de um cenário internacional. Ao lado das iniciativas conduzidas, neste campo, pela Fundação Rockefeller, no México e na Sardenha, a ação do Sesp com o DDT na Amazônia congrega um conjunto de experiências que, naquela conjuntura, transformaram o inseticida na única ferramenta antimalária e contribuíram para a propagação do 'otimismo sanitário' do pós-Guerra. Em 1959, o cônsul americano em São Paulo indicava que, a partir da introdução do DDT no Brasil, "pela primeira vez as áreas rurais foram efetivamente tratadas" e o número de casos relatados "caiu a cerca de quatro mil casos por ano".[55]

Um outro elemento proporcionado pelas bem-sucedidas experiências com o DDT em diversos outros países foi o reforço do conceito de erradicação (Yekutiel, 1980). Foi esta perspectiva que levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a decidir, em 1955, por um plano mundial de erradicação da malária. Numa avaliação bastante otimista, a OMS acreditou ser possível eliminar a malária do mundo através de aspersões regulares de DDT, seguidas de estrita vigilância. O projeto de erradicar a malária do planeta só seria abandonado em 1969.

O súbito sucesso do controle da malária trazido pelo DDT ofuscava os possíveis efeitos colaterais do inseticida. Questionado, em 1945, sobre a aplicação, por aeroplanos, de DDT sobre a cidade de Belém, o diretor da Divisão de Malária, Ayrosa Galvão, teve o bom senso de sugerir que o Sesp não aspergisse o inseticida sobre os reservatórios de água da cidade.[56] Eugene Campbell, representante do Iaia no Brasil, também preocupado com os efeitos da aspersão de DDT sobre reservatórios de águas, consultou seu superior em Washington, recebendo como resposta:

> Muito pouco ou quase nada tem sido estudado sobre a aspersão de DDT sobre material que possa ser consumido por humanos. Nós estamos investigando a questão e temos notícia de uma experiência,

que ainda é muito confidencial, onde se está tentando controlar vermes pelo uso [de doses ínfimas] do DDT [em reservatórios de águas].[57]

Se, até a década de 1950, faltava conhecimento sobre as conseqüências ecológicas do DDT, a publicação do livro *Silent Spring*, em 1962, concorreu para a conscientização da opinião pública, nos Estados Unidos, sobre os efeitos perversos do inseticida (Carson, 1987). O uso extensivo de DDT destrói um amplo espectro de espécies de insetos e contamina outros animais da cadeia alimentar que vai até os humanos. Além disto, alguns mosquitos desenvolveram resistência ao DDT e a outros inseticidas. Em 1976, três espécies de *Anopheles* já eram resistentes ao DDT, outras 21, a uma combinação de DDT com outros inseticidas, enquanto 42 espécies resistiam apenas a outros inseticidas.

O fracasso da visão reducionista, fundamentada no uso extensivo do DDT, refletiu-se no ressurgimento da malária no mundo. Na década de 1970, o número de casos de malária cresceu dramaticamente em diversas regiões tropicais. Este ressurgimento foi muito maior no Sul e no Sudeste da Ásia, mas mostrou-se em evidência nas Américas Central e do Sul. No Amazonas brasileiro, os casos oficialmente reportados de malária têm crescido desde 1970, atingindo 577.520 registros em 1989. Casos importados de malária também vêm crescendo nos Estados Unidos e na Europa, desafiando as autoridades sanitárias e apresentando novos problemas (McNeill, 1987; Phillips, 1983; Sawyer, 1992).

Notas

1 "Statement given to press by F. W. Utz, executive vice-president, Rubber Development Corporation, Rio de Janeiro, March 9, 1945", p. 3, enclousure to dispatch n. 523 dated March 12, 1945, from the U. S. Embassy to the Secretary of State, Nara, RG 59, Decimal File, 1945-49, Box 5465.

2 "Agreement between the U. S. of America and Brazil, effected by exchange notes signed in Washington, March 3, 1942", p. 3-4, *Department of State Publication 2098*, Executive Agreements Series 371.

3 Berle to the Secretary of State, August 8, 1945, Nara, RG 59, Decimal File, 1945-49, Box 5465.

4 "The Health and Sanitation Division Reports on its Program in the Amazon Valley", *Health and Sanitation Division Neswleter*, n. 112 (July 1947): 1.

5 A palavra empregada era 'desenvolvimento', o que nos sugere, mais uma vez, que Rockefeller representava interesses norte-americanos associados a uma expectativa de redefinição das relações econômicas entre EUA e Brasil, não demonstrando desejar

reduzir tamanhas possibilidades a um empreendimento que terminasse com a guerra.

[6] Cross-Reference Sheet I. G. n. 2400, "Report on Brazilian Indian labor and Indian Administration in relation to the rubber collection program for U. S. Department of Interior", June, 1942, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[7] Caldwell King to Berent Friele, April 28, 1942, p. 1-2, attached to memorandum CO n. 1061, from the Brazilian Division to the Coordinator, May 12, 1942, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Montly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[8] Berle to the Secretary of State, August 8, 1945, Nara, RG 59, Decimal File, 1945-49, Box 5465. Grifos nossos.

[9] A historiadora Bárbara Weinstein lançou um outro olhar sobre esta imagem dos seringueiros impotentes e superexplorados por patrões impiedosos, apontando para o grau de autonomia que estes trabalhadores conseguiram no trabalho na selva. Cf. Weinstein (1983).

[10] Caldwell King to Berent Friele, April 28, 1942, p. 1, attached to memorandum CO n. 1061, from the Brazilian Division to the Coordinator, May 12, 1942, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Montly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[11] Mixed Sanitary Commission, "Pará", p. 3-9, "Amazonas", p. 1-5. In "Report to the Surgeon General of the Brazilian Army", Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-22, Brazil, Box 211; Waddell, K. C. "Report on Amazon", p. 13, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Montly Progress Report of Field Parties, (E-143), Brazil, Box 1599.

[12] Existem evidências biológicas e históricas sugerindo que a malária é originária da África e que não existia na América antes da chegada dos colonizadores. Dunn (1993) argumenta que a evidência biológica mais forte está no fato de um *plasmodium* similar ao que infecta os humanos ser encontrado em gorilas e chipanzés africanos. MacNeill (1989) acrescenta que as pesquisas genéticas mostram que as populações ameríndias parecem não apresentar nenhuma resistência à infecção, em contraste com os povos africanos. Outra evidência biológica é indicada por Ackerknecht (1965), ao argumentar que na África está o mais terrível dos vetores, o *Anopheles gambiae*. MacNeill (1989), utilizando-se de relatórios de duas expedições espanholas que subiram o rio Amazonas no século XVII, concluiu que a malária deve ter chegado no vale depois da primeira metade daquele século, contribuindo decisivamente para a depopulação daquela região. Dunn (1993) concorda que o parasito da malária veio ao Novo Mundo trazido por colonos europeus e escravos africanos.

[13] Relatório sobre o trabalho da União contra a malária do anos de 1931 a 1939, Arquivo Gustavo Capanema, CPDOC, GC h 1938.02.21, série H. Ministério da Educação e Saúde, rolo 67, "malária".

[14] "O Saneamento da Amazônia", *Correio da Manhã*, 24 de outubro de 1940, p. 2; "Os serviços de saneamento de Amazônia", *Correio da Manhã*, 16 de outubro de 1940, p. 3.

[15] "Os serviços de saneamento da Amazônia", *Correio da Manhã*, 16 de outubro de 1940, p. 3; "Para a campanha do serviço de saneamento do Amazonas", *Correio da Manhã*, 27 de julho de 1941, p. 7.

[16] Memorandum from R. C. Waddell, December 18, 1942, Arquivo Histórico da Fundação Serviços de Saúde Pública (doravante AHFSSP), Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz (doravante COC), Série Administração, Pasta 46, Caixa 5.

[17] Memorandum from Carl Sylvester to B. M. Frug, January 12, 1943, COC, AHFSSP, Série Administração, Pasta 46, Caixa 5.

[18] "Projects in the Americas", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 8 (January 1943): 1.

[19] Newton de Menezes Vieiralves to K. C. Waddel, "Yearly report on atebrine distribution", p. 1-4, January 14, 1943, Nara, RG 229, General Records, Central Files, 1. Basic Economic, Country Files, Brazil, Box 83; "Projects in the Americas", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 8 (January 1943): 1; "Termo de encerramento e sumário final do projeto n. PA-BEL-20", p. 1. Maio de 1961, COC, AHFSSP, Série Administração, Pasta 46, Caixa 5; Deane (1947: 30).

[20] Newton de Menezes Vieiralves to K. C. Waddel, "Yearly report on atebrine distribution", p. 3, January 14, 1943, Nara, RG 229, General Records, Central Files, 1. Basic Economic, Country Files, Brazil, Box 83 Vieiralves.

[21] "Finnal summary and conclusion agreement of project AM-IBA-4", p. 2, December 15, 1950, COC, AHFSSP, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 65, Caixa 25. Grandes corporações também aproveitaram-se desta grande demanda de atebrina para aumentar seus lucros. Fred Soper (1977: 231) relata que, em 1940, recusou uma oferta de uma companhia americana que queria exportar atebrina para o Brasil ao preço de US$ 23,50 por mil tabletes pois ele havia comprado da Bayer o mesmo produto ao preço de US$ 10 por mil tabletes. Soper diz que ficou "chocado" ao saber que a mesma companhia americana estava produzindo o remédio por US$ 4 por mil tabletes.

[22] "Projects in the Americas", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 8 (January 1943): 2; Clark H. Yeager to John Farnham, January 20, 1943, Nara, RG 229, General Records, Central Files, 1, Basic Economic, Health and Sanitation, Box 79.

[23] "Montly report for January, 1944, Amazon Project, medical activities", p. 4, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economic, Health and Sanitation, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1601.

[24] Clark H. Yeager to John Farnham, January 20, 1943, Nara, RG 229, General Records, Central Files, 1, Basic Economic, Health and Sanitation, Box 79.

[25] C. A. Silvester to George Saunders, February 15, 1943, COC, AHFSSP, Série Administração, Pasta 46, Caixa 5.

[26] "Termo de encerramento e sumário final do projeto n. PA-BEL-20", p. 1, maio de 1961, COC, AHFSSP, Série Administração, Pasta 46, Caixa 5.

[27] "Resumo de comentários do chefe do projeto AM-TAR-4, Tarauacá Health Center", p. 3, appended to "Final summary and completion agreement of project AM-TAR-4", December 15, 1950, COC, AHFSSP, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 35, Caixa 22.

[28] "Final Summary and completion agreement of project AM-CSU-4", p. 7, December 15, 1950, COC, AHFSSP, Série Administração, Pasta 5, Caixa 17.

[29] "Project description and agreement , project AM-BEL-1B", p. 3, October 1, 1945. COC, AHFSSP, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 44, Caixa 23.

[30] "Report for the Brazilian field party for the month of August, 1943", p. 45-46, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Healt and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[31] "Report for the Brazilian field party for the month of August, 1943", p. 45, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Healt and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600; "Amazon Project", *Health and Sanitation Division Newsletter* n. 30 (November 1943): 6.

[32] "Summary of the malaria program in the Latin American republics", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 10 (February 1943): 1-2.

[33] Cristopherson, E. H. "Os centros de saúde", *Boletim do Sesp*, n. 21 (abril 1945): 4.

[34] "Brazil", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 26 (September 1943): 2.

[35] "Report for the Brazilian field party for the month of November, 1943", p. 3, Nara, RG 229, Records of Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[36] "Public health in the Amazon Valley, Brazil, 1942-43", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 42 (May 1944): 3.

[37] "A saúde pública no vale do Amazonas", *Boletim do Sesp*, n. 12 (julho 1944): 3.

[38] "Amazon Project, Iiaa, Division of Health and Sanitation, Report for May, 1943", p. 1, Nara, RG 159, Decimal File, 1940-44, Box 4474.

[39] "A saúde pública no vale do Amazonas", *Boletim do Sesp*, n. 12 (julho 1944): 3.

[40] "Breves on the Amazon", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 137 (July and August 1950): 7.

[41] Estamos utilizando aqui o mais forte dos significados que, no pensamento social brasileiro, adquiriu a categoria 'sertão' – a de uma região empobrecida, isolada e abandonada pelo poder público, que precisaria ser integrada à nacionalidade. Cf. Lima, 1999.

[42] "The Health and Sanitation Division Reports on its Program in the Amazon Valley", *Health and Sanitation Division Neswleter*, n. 112 (July 1947): 7.

[43] O *darlingi* mostrou-se um mosquito com hábitos bastante domésticos e a aspersão de químicos nas paredes da casa foi um dos métodos utilizados pelo Sesp para eliminá-lo. Entretanto, o mosquito picava suas vítimas à noite e assim a aspersão, realizada durante o dia, mostrou-se praticamente inútil.

[44] "Final summary and completition agreement, project AM-BEL-1B", p. 1, December 15, 1950, AHFSSP, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 44, Caixa 23.

[45] "Populações de algumas cidades da Amazônia", *Boletim do Sesp*, n. 45 (abril 1947): 12, 14, 16; *Boletim do Sesp*, n. 46 (maio 1947): 10, 16; *Boletim do Sesp*, n. 47 (junho 1947): 8, 12; *Boletim do Sesp*, n. 59 (junho 1948): 6, 8, 11.

[46] Arthur César Ferreira Reis dá números da produção total de borracha entre 1942 e 1945, mas não informa o volume exportado para os Estado Unidos. Cf. *O seringal e o seringueiro*. Manaus: Governo do Estado do Amazonas/Universidade do Amazonas, 1997.

[47] Carta de Francisco Praia e João Valério para o Presidente da República, 10 de maio de 1944, Arquivo Nacional, Gabinete Civil da Presidência da República/Fundo Soldados

da Borracha, doc. 21722/44. Notemos como os trabalhadores utilizavam, a seu favor, o discurso oficial, reivindicando direitos que sabiam ter, pelo menos em teoria. Esta apropriação, pelos trabalhadores, do discurso oficial do Estado Novo foi estudada por Ferreira, J. *Trabalhadores do Brasil. O imaginário popular*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

[48] "Breves on the Amazon", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 137 (July and August 1950): 8.

[49] "No more hospitality for mosquitoes em Breves, Brazil", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 95 (May 1946): 1-3.

[50] Galvão, A. L. A. "Relatório da divisão de malária", 14 de novembro de 1946, AHFSSP, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 44, Caixa 23.

[51] Galvão, A. L. A. "Relatório da divisão de malária", p. 20-21, 14 de novembro de 1946, AHFSSP, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 44, Caixa 23; "Brazil", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 26 (September 1943): 14-15; "Acordo para aplicação de DDT residual em 456 casas ao longo da estrada de ferro Madeira-Mamoré", 2 de feverereiro de 1948; "Acordo para aplicação de DDT residual em Jaci-Paraná, Abunã e Fortaleza de Abunã", 2 de fevereiro de 1948, anexado ao "Final summary and completition agreement, project AM-BEL-1B", December 15, 1950, AHFSSP, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 44, Caixa 23.

[52] "Acordo entre o Sesp e a prefeitura de Altamira", 20 de julho de 1946; "Acordo entre o Sesp e a prefeitura de Óbidos", 28 de novembro de 1946, anexos ao "Final summary and completition agreement, project AM-BEL-1B", December 15, 1950, AHFSSP, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 44, Caixa 23.

[53] "Projetos de DDT no Programa da Amazônia", anexado ao "Final summary and completition agreement, project AM-BEL-1B", p. 1, December 15, 1950, AHFSSP, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 44, Caixa 23.

[54] "O Sesp e o SNM realizam um acordo para a luta antimalária", *Boletim do Sesp*, n. 72 (julho 1949): 1.

[55] "Brazil's pharmaceutical industry and trade", Foreign service dispach n. 57, from U. S. consulate at São Paulo to the Department of State, August 14, 1959, Nara, RG 59, Decimal File, 1955-59, Box 4331.

[56] Galvão, A. L. A. "Relatório da divisão de malária", p. 22, 14 de novembro de 1946, AHFSSP, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 44, Caixa 23.

[57] John D. Yeagley to Eugene Campbell, September 13, 1945, Nara, RG 229, General Records, Central File, 1, Basic Economic, Country Files, Brazil, Box 83.

5

Organizando o Trabalho:

o exército de 'soldados da borracha'

Sabemos que a carência de mão-de-obra impôs-se como um dos maiores obstáculos ao aumento da produção da borracha natural da Amazônia na época da Guerra. O despovoamento da região, em decorrência da crise da borracha na década de 1910, estendeu-se pelo menos até 1940, ano em que o censo registrou praticamente o mesmo número de habitantes que o apreciado em 1920. Desde o século XIX, a Amazônia atraía migrantes do Nordeste que ou intentavam 'enricar' com as novas oportunidades vislumbradas ou simplesmente fugiam das secas e de sua seqüência de privações. Uma severa seca atingiu, em 1941, áridas regiões do Nordeste, e provocou uma migração espontânea de milhares de nordestinos para a Amazônia, tornando-se uma variável importante para a chamada 'batalha da borracha'.

O Departamento Nacional de Imigração (DNI) logo tratou de ordenar esse fluxo voluntário de pessoas, recrutando famílias de refugiados no Ceará e Paraíba e fornecendo-lhes a passagem em navios para o Amazonas. Com isto, o DNI objetivava prover assistência às famílias destituídas e fornecer a tão necessária mão-de-obra para o aumento da produção de borracha.[1] O plano consistia em transportar 4.800 pessoas por mês e, para tanto, estabeleceu-se um posto de embarque em Fortaleza, além de alojamentos em Belém e Manaus. Entretanto, o número de pessoas que assim se dirigiam para o Amazonas ainda estava muito abaixo dos planos iniciais do DNI: entre maio e junho de 1942, apenas 1.800 migrantes passaram pelo alojamento de Belém.[2] No segundo semestre de 1942, uma ameaça veio prejudicar os esforços do DNI: submarinos alemães afundaram diversos

navios na costa brasileira e a rota marítima entre Fortaleza e Belém foi fechada. Como resultado, "milhares de migrantes" se amontoavam nos postos de embarque em Fortaleza, "sujeitos a epidemias".[3]

Tornou-se evidente que a política do DNI de transferir grupos familiares para o Amazonas não proveria a mão-de-obra necessária para a 'batalha da borracha'. Na verdade, a principal preocupação do DNI era providenciar socorro aos retirantes, e não força de trabalho para a indústria da borracha. De fato, nenhuma das pessoas que passaram pelo posto de Belém até junho de 1942 fora trabalhar nos seringais: elas se empregavam nas áreas vizinhas à cidade ou nas regiões agrícolas da estrada de ferro Bragança, no Pará, onde muitos mantinham relações familiares.[4] Em agosto de 1942, restavam 7.216 migrantes nos alojamentos de Belém e Manaus. Alguns dos que passaram por Manaus dirigiram-se aos seringais; porém, os que entraram por Belém continuaram a buscar empregos na agricultura familiar.[5] Além disso, a política do DNI de transferir famílias implicava que grande parte dos migrantes se constituísse de mulheres e crianças que não iriam trabalhar como seringueiros, uma função exercida por homens adultos. Dos 650 migrantes abrigados no posto de Belém em junho de 1942, 220 eram menores de 14 anos, enquanto que, do total dos colonos transferidos pelo DNI para o Amazonas, apenas um terço se compunha por homens adultos.[6] Para somar seringueiros à 'batalha da borracha' seria necessária uma outra estratégia.

Os Burocratas

Em agosto de 1942, a Rubber Reserve Corporation (RDC) foi designada pelo Secretário de Estado norte-americano para financiar um programa de migração para o Amazonas.[7] Dois meses depois, uma reunião para organizar este programa foi realizada na direção do DNI, no Rio de Janeiro. O número de organizações brasileiras e norte-americanas representadas neste encontro indicava a preocupação com o tema: além do diretor do DNI, estavam presentes dois representantes do Escritório, dois do Sesp, um do governo do Ceará, outro da Comissão de Controle dos Acordos de Washington e um da RDC.[8]

Derivou desta reunião a organização do Programa Migração do Sesp, formalizado em dezembro de 1942, quando a agência e o DNI assinaram um termo de responsabilidade mútua: o DNI recrutaria os migrantes, enquanto o Sesp selecionaria aqueles fisicamente capazes, proveria assistência

médica nos postos do DNI e as boas condições sanitárias nos alojamentos. O Programa Migração operava uma vasta rede de postos de saúde, enfermarias, hospitais, postos de recrutamento e hospedarias nos estados do Ceará, Maranhão, Rio Grande do Norte, Pará, Piauí e Amazonas. O antropólogo norte-americano Charles Wagley, então funcionário do Escritório, foi nomeado o primeiro diretor do Programa de Migração do Sesp (Bastos, 1993).[9]

Com recursos da RDC, o governo brasileiro criou duas outras agências com o encargo de cuidar da migração de homens adultos para a Amazônia. O Serviço Especial de Mobilização de Trabalhadores para a Amazônia (Semta), fundado em novembro de 1942, recrutaria 50 mil homens até o fim de maio do ano seguinte (Green, 1971).[10] Já a Superintendência de Abastecimento do Vale Amazônico (Sava), concebida em dezembro de 1942, receberia os recrutados em Belém e os distribuiria pelas áreas produtoras de borracha do vale. Atentando para a preocupação com o trabalhador brasileiro, enfatizada pelo discurso oficial do Estado Novo, o acordo que a Sava assinou com a RDC estabelecia que os migrantes seriam encaminhados para "qualificados seringalistas", e estariam "sob proteção de toda a legislação civil e do trabalho".[11] Esta proliferação de agências com tarefas distintas mas conflitantes acabou acarretando muitos problemas para o Programa Migração.

O Programa de Migração do Sesp expandiu-se a partir de acordo assinado com o Semta.[12] Diferentemente de contrato anterior assinado com o DNI, o Sesp não ficou responsável pelas condições de saúde dos recrutados, tarefa delegada a um grupo de médicos do Semta. Em muitos documentos, no entanto, a incumbência da avaliação médica dos migrantes aparece compartilhada por uma junta de médicos do Sesp e do Semta.[13] Tamanha confusão de competências trouxe prejuízos ao projeto: pelo acordo original, o Sesp estaria obrigado a velar pela saúde dos migrantes "apenas enquanto esses estivessem em trânsito". Com as fronteiras de responsabilidade mal definidas, o Semta concordou em obedecer aos requerimentos sanitários do Sesp nos alojamentos espalhados do Nordeste à Amazônia.[14] Com o fechamento da rota marítima entre Fortaleza e Belém, após o ataque dos submarinos alemães, o transporte dos migrantes seria feito por terra, com uma rede de alojamentos aptos para escalas durante a longa viagem.[15]

O Semta promoveu uma campanha agressiva para recrutar trabalhadores, mediante o uso de folhetos, cartazes e anúncios em rádios e jornais.[16] O folheto *Rumo à Amazônia, terra da fartura* é um bom exemplo:

exaltava o patriotismo e listava as numerosas vantagens que os migrantes receberiam ao se alistarem no 'exército da borracha', entre as quais o *status* de 'soldados da borracha', embora estivessem dispensados do serviço militar. As vantagens materiais incluíam o fornecimento de alimentação e alojamento; assistênciam médica; equipamento para viagem e trabalho; adiantamento no salário e um auxílio financeiro para suas famílias.[17] O Semta também se comprometia com a estruturação das famílias em cooperativas pelas quais receberiam assistência médica, religiosa e econômica, além de garantir meios de contato com os parentes na Amazônia.[18]

O maior atrativo para os potenciais migrantes era o contrato de trabalho prometido. O Semta assegurava ao migrante que, durante os dois anos no seringal, ele "continuaria sob a proteção do governo". Assegurava-se, além do pagamento de, "pelo menos", 60% do valor da borracha que extraíssem, um 'adiantamento' em alimentos, remédios, roupas, utensílios, ferramentas e armas de caça. Por fim, o contrato estabelecia que o trabalhador poderia dispor de 50% de toda a castanha e a madeira coletadas, teria direito a cultivar um hectare de terra e a toda a caça e o peixe que se sentisse impelido a obter pelo seu trabalho.[19]

O discurso patriótico era fartamente utilizado para angariar o apoio das autoridades municipais, especialmente prefeitos e párocos. O interventor do Ceará conclamou os prefeitos a ajudar o Semta a recrutar "todos os homens desempregados que queiram ir para o Amazonas".[20] Respondendo a esse apelo, o prefeito de Iguatu, onde o Semta construiu um posto para 1.200 homens, ofereceu os serviços do hospital local. A Igreja Católica, por sua vez, foi persuadida a colaborar, após uma "longa conversa" entre o diretor do Semta, Assis Ribeiro, e o Núncio Apostólico. Selado o entendimento, a Igreja designou o carismático padre Helder Câmara para chefiar o Departamento de Assistência Religiosa do Semta[21] e encorajar párocos e bispos a cooperarem com o plano de migração, além de prover de assistência religiosa os migrantes e suas famílias.[22] Antes das visitas do recrutador-médico do Semta, os vigários das pequenas localidades recebiam de Helder Câmara explicações sobre o programa e um pedido de apoio.[23]

A propaganda e o apoio da Igreja Católica tinham por objetivo vencer a forte resistência encontrada pelo Programa Migração entre os pequenos comerciantes, as populações e autoridades locais. Os pequenos negociantes temiam a falta de força de trabalho, insistindo que o governo investisse na região das secas.[24] Os trabalhadores, por sua vez, temiam alistar-se, diante de absurdos rumores de que seriam enviados para guerra na África

ou comidos pelos índios no Amazonas ou, ainda, vendidos como escravos nos seringais.[25] Um exemplo desta resistência encontramos na pequena cidade de Aracatu, no Ceará, onde um funcionário público municipal foi acusado de antipatriotismo por espalhar o boato de que os recrutados na cidade "seriam mandados para a África".[26] Na capital do estado, encontramos o outro lado da moeda: Antônio Fernandes de Albuquerque, desejoso de "contribuir com o patriótico esforço" do Semta, enviou uma carta ao seu diretor acusando os "quinta-colunas" de propalarem "histórias macabras de escravidão, assassinato e rebelião nos seringais". Albuquerque, que se lembrava de, quando criança, ouvir de seu pai essas histórias, argumentava que "esses fatos não mais acontecem", assegurando estarem os "nossos trabalhadores (...) protegidos pelo presidente Getúlio Vargas".[27]

Os Migrantes

Primeiro superintendente do Sesp, o médico americano George Saunders, em face de "violentos rumores" sobre as "deploráveis condições sanitárias e de saúde" das famílias migrantes, comentou, definindo em poucas palavras a situação da maioria dos recrutados para o 'exército da borracha':

> Eu acredito que são apenas rumores e, embora as condições pudessem ser melhores, elas não são de todo más. Para começar, essas pessoas representam o mais baixo estrato social – a maioria deles não têm um tostão, estão mal vestidos e são quase todos subnutridos (...), muito provavelmente eles não têm nada além da sua tuberculose para compartilhar.[28]

Primeiro diretor do Programa Migração, Charles Wagley procurou conhecer com precisão os refugiados da seca, empreendendo uma viagem de cinco dias pelo sudoeste do Ceará e oeste da Paraíba. Entrevistou cidadãos e autoridades locais, além dos próprios refugiados, para produzir um relatório sobre a seca do Ceará e seus efeitos sobre os refugiados e o Programa. Wagley demonstrou que o espectro social dos afetados pela seca variava "do pequeno comerciante que perdeu o seu negócio até o refugiado nômade que está realmente morrendo de fome", e identificou dois grupos mais afetados, que deveriam ser alvos prioritários do Programa. O primeiro grupo, que Wagley chamou de 'verdadeiramente flagelados', era composto por um grande número de pequenos proprietários (*small farmers*, no

original) e suas famílias, todos forçados a abandonar suas propriedades. Deste grupo, cerca de 18 mil homens estavam empregados pelo governo federal na construção de estradas. Computando os seus familiares, Wagley calculava que essa população alcançava 80 mil pessoas. Os contratados pelo governo para obras emergenciais recebiam diariamente 4$000 em moeda brasileira, o equivalente a vinte centavos de dólar. Aqueles suficientemente 'afortunados' para ganhar esse salário podiam comprar os principais itens da pobre dieta local: um quilo de feijão, um quilo de farinha de mandioca e uma rapadura.

O segundo grupo, calculado em torno de 100 mil pessoas, era composto por aqueles que, forçados a abandonar suas casas, peregrinavam pelas estradas, sujeitando-se à caridade pública. Reunidos em grupos nas pequenas vilas, viviam uma existência seminômade, sobrevivendo de esmolas, trabalhos ocasionais ou recebendo alguma ajuda da população. À noite, descansavam sob árvores ou em abrigos providos pela caridade ou autoridade local. Estas pessoas alimentavam-se diariamente de um punhado de farinha de mandioca e um piabá (um pequeno peixe seco). Charles Wagley entrevistou uma família de cinco pessoas que há seis meses vagava de cidade em cidade: eles haviam deixado o Rio Grande do Norte e caminhado até o Ceará, na espera de que chovesse e pudessem voltar para casa.[29]

Apesar de Wagley ter classificado os flagelados de *farmers*, nem todos, necessariamente, eram pequenos proprietários, existindo entre eles alguns meeiros e assalariados. A maioria dos migrantes provinha do Ceará, que continha uma população de 2.091.032 habitantes em 1940. Deste número, 515.078 pessoas, 24,63% da população do estado, estavam empregados nas principais atividades econômicas do estado, agricultura e criação de animais. No estado da Paraíba, 28,34% da população também trabalhavam na agricultura e criação, como também o faziam 27,67% da população do Rio Grande do Norte (Brasil, 1947: 14, 17, 19). A maioria da população que trabalhava na agricultura, nestes três estados, era formada por colonos, assalariados ou parceiros, e apenas um pequeno percentual correspondia a proprietários de terras – com menos de cinco hectares (Brasil, 1950). Composta, portanto, de (poucos) pequenos proprietários e de uma maioria de colonos e parceiros, concebia-se a legião de migrantes que se conheceria como os 'soldados da borracha'.

Apesar de Wagley ter diagnosticado a seca como a origem da tragédia social que ele testemunhou, o flagelo não é o único a influir na migração;

esta se origina de uma inter-relação de fatores sociais, ambientais, políticos e econômicos. A ligação evidente entre o fenômeno natural e a quebra da ordem social leva o desastre resultante a ser considerado natural, percepção que freqüentemente obscurece os dilemas econômicos, sociais e políticos que produzem ou exacerbam uma catástrofe ecológica (Ball, 1981).

Além do trabalho de Wagley, outra fonte valiosa sobre os migrantes achamos no relatório de John Edwards acerca da viagem a bordo do vapor Comandante Ripper que, em abril de 1944, deixou Fortaleza em direção a Belém, levando 988 migrantes. Destes, 508 eram homens solteiros e outras 480 pessoas possuíam famílias, recrutadas pelo DNI. Edwards entrevistou um jovem casal sem filhos do Rio Grande do Norte que, como milhares de outros, fugia da seca. Eles haviam perdido a colheita por dois anos consecutivos e "preferiam o risco do desconhecido do que morrer de fome". Um casal de "negros fortes", com um filho de oito anos, vinha de Iguatú, Ceará. O homem era pequeno proprietário e também trabalhara numa fábrica de óleo, "mas esta última havia incapacitado a sua mão para qualquer outro trabalho". Por causa da perda recorrente das colheitas e nenhuma perspectiva de trabalho, ele decidiu tentar a sorte no Amazonas. Outro casal de jovens, com um filho de quatro anos, repetiu uma história similar de colheitas e esperanças perdidas. Eles decidiram aventurar-se na viagem, mas não tinham "nenhuma idéia do que o futuro lhes reservava ou onde estavam indo". Caso tocante contou um viúvo com idade entre 55 e 60 anos, mas ainda "forte e saudável": já estabelecido no Amazonas, decidira buscar os seis filhos na Paraíba. Um homem solteiro, também da Paraíba, disse a Edwards que tinha 40 anos, apesar "de parecer ter 70 anos". Ele havia deixado a sua cidade natal por causa da seca e estava disposto a tentar a vida nos seringais da Amazônia.[30]

O relatório de José Carlos Ribeiro, que foi o segundo diretor do Programa Migração, nos fornece dados quantitativos sobre os migrantes em 1943.

Tabela 3 – Migrantes recrutados pelo Semta em 1943[31]

Categoria	Número	%
Recrutados para o Amazonas	10.824	100
Desertados, durante a viagem	364	3,3
Rejeitados ou mortos, sob responsabilidade do Semta em Belém	64	0,59
Desertados, em Belém	1.247	11,52
Rejeitados ou mortos, sob responsabilidade da Sava em Belém/ retornaram às origens/ outros	712	6,57
Entregues pela Sava aos seringais	8.437	77,94

De Belém, a Sava enviou 5.492 dos recrutados em 1943 para Manaus, de onde seriam distribuídos pelos seringais do vale, dos quais:

Tabela 4 – Migrantes mandados pela Sava para o alto vale do Amazonas em 1943

Categoria	Número	%
Enviados para Manaus	5.492	100
Rejeitados após a chegada	350	6,37
Trabalhando na agricultura	239	4,35
Mortos nos acampamentos	12	0,21
Desertaram	660	12,01
Ainda acampados em Manaus	91	1,65
Enviados para seringais	4.140	75,38

'Infiltrado' entre os 10.824 homens refugiados da seca do Nordeste e recrutados pelo Semta em 1943 estava um primeiro grupo selecionado entre a população de rua do Rio de Janeiro – como demonstrado na Tabela 5 –, que fora enviado para o Amazonas após uma campanha para "limpar a cidade" de "gente indesejável", fomentada por um abrigo municipal.

Tabela 5 – Enviados pelo Albergue da Boa Vontade, no Rio de Janeiro, para o Semta[32]

Categoria	Número	%
Homens examinados	1.446	100
Fisicamente capazes	1.242	85,9
Rejeitados	204	14,1

Dos 1.242 selecionados, 1.036 seguiram para o Amazonas e 206 (16,58% dos selecionados) faltaram ao embarque. Vejamos a situação dessa população recrutada no albergue carioca:

Tabela 6 – Situação conjugal, raça e escolaridade dos 1.242 homens selecionados pelo Albergue da Boa Vontade

Categoria	Número	%
Solteiros	1.177	94,76
Casados	52	4,19
Viúvos	13	1,05
Brancos	549	44,20
Pardos	486	39,13
Negros	207	16,66
Alfabetizados	974	78,42
Analfabetos	268	21,58

Este primeiro grupo de homens recrutados no Rio embarcou em 15 de janeiro de 1943 para Fortaleza, onde foram submetidos a exames médicos. Aqueles fisicamente capazes seguiram para São Luís e, de lá, para Belém. Outros grupos de 60 homens percorreriam a mesma rota até o final do mês. Um grupo maior, composto de 300 homens, seguiu em companhia do cineasta Paulo Emílio Salles Gomes, encarregado de filmar a viagem.[33] Dos que chegaram à Fortaleza, 34 acabariam rejeitados num

segundo exame médico[34], o caso de João Dantas Amorim, que afirmou estar "passando necessidades", reclamando o salário "que lhe fora prometido".[35] Além dos incapacitados por saúde, 24 outros também foram despachados de volta ao Rio, por 'insubordinação'.[36]

A atitude da municipalidade do Rio de Janeiro no recrutamento desta população de rua repercutiu tão mal que o presidente Vargas ordenou ao ministro João Alberto "tomar conta dos refugiados do Ceará". Vargas referia-se aos 'telegramas alarmantes' de autoridades do Nordeste preocupadas com a instabilidade social na região. Após intervenção de João Alberto junto ao Semta para "solucionar o problema dos refugiados", em janeiro de 1943 a agência inciou o recrutamento no Ceará e, no dia 31 do mesmo mês, seu diretor anunciou o início de uma "marcha para o Amazonas".[37]

Paulo Ribeiro, diretor do Semta, reconheceu que o grupo de homens recrutados no Rio foi o que "deu maior trabalho", ocasionando problemas com as polícias locais e muitas deserções. O pior incidente aconteceu em São Luís, onde houve conflito com a polícia e muitas prisões por desordem.[38]

Os migrantes recrutados eram abrigados e submetidos a exames pelos médicos do Semta. Algumas doenças motivavam uma recusa definitiva; outras, implicavam o encaminhamento para tratamento do migrante em uma clínica ou hospital do Sesp. Aqueles que adoeciam de forma 'irrecuperável' em viagem eram embarcados de volta, conforme sucedeu com Pedro Soares, em São Luís, e Antônio Silvestre da Silva, em Teresina.[39]

Além do recrutamento de homens solteiros realizado pelo Semta, havia o alistamento de famílias inteiras de imigrantes pelo DNI. Utilizamo-nos, mais uma vez, do relatório de 1943 do diretor do Projeto Migração para coletar dados sobre este segundo grupo:

Tabela 7 – Números e estados de origem dos migrantes enviados pelo DNI para Belém em 1943.[40]

Estado	Número	%
CE	6.937	92,96
RN	252	3,37
PB	273	3,65
Total	7.462	100

Como podemos observar, o Ceará foi o estado de onde mais famílias emigraram, sendo o vale do Jaguaribe e o litoral as principais regiões de migração (Tabela 8) – não por acaso, exatamente as áreas mais atacadas pela seca de 1941-42. A situação crítica do vale do Jaguaribe foi documentada por Charles Wagley, que registrou ser, naquela região, a "situação (...) bem pior" que em outras do Ceará.[41]

Tabela 8 – Migrantes do Ceará em 1943, por regiões.

Região	Número	%
Vale do Jaguaribe	3.414	49,21
Serra Grande	304	4,38
Cariri	313	4,51
Litoral	2.144	30,9
Centro	762	10,98
Total	6.937	100

Após analisar os dados de 1943, Paulo Ribeiro, então diretor do projeto, ressaltou que o progresso do movimento migratório devia-se mais à seca que "ao esforço do Projeto Migração". Nos primeiros oito meses de 1943, a maioria das famílias recrutadas pelo DNI era composta por refugiados; por volta de agosto, com o início das chuvas no Ceará, começa a mudar o padrão migratório. Gradativamente os flagelados são substituídos por famílias em melhor situação econômica, atraídas pelo Projeto Migração porque "queriam melhorar suas vidas". Muitas famílias maiores optavam por primeiro enviar parentes para a Amazônia, para averiguar as chances de sucesso. Se bem-afortunados, os 'soldados' mandavam buscar os seus familiares.[42]

Alguns sobreviventes do 'exército da borracha' ainda podem ser eventualmente encontrados. Este foi o caso de Pedro Marciano de Souza, um ex-seringueiro identificado em 1991 por um grupo de pesquisadores da Casa de Oswaldo Cruz. A equipe o encontrou em Eirunepé, uma vila nas margens do rio Juruá, no Amazonas. Souza nasceu no Ceará, em 1924, e migrou como 'soldado da borracha' em 1943, aos 18 anos. Trabalhou

como seringueiro por 29 anos para o seringalista João Conceição, até perder uma perna num acidente. Souza relatou aos pesquisadores que muitos, como ele, "ficaram e fizeram família", e que, apesar de gostar do Amazonas, o trabalho nos seringais era "cativo" e ele "nunca conseguiu nada".[43]

A Viagem

Cessada a ameaça de submarinos alemães na costa brasileira, após novembro de 1943, os migrantes voltaram a ser transportados por barco. A viagem entre Fortaleza e a capital do Pará transcorria em cinco dias, era muito desconfortável e o navio freqüentemente embarcava superlotado e com atrasos. John Edwards, acompanhando uma destas viagens, relatou que os migrantes iam a bordo 'abarrotados': mulheres e crianças, na terceira classe; os homens, nos corredores e convés, expostos aos humores do tempo. O médico do Sesp temia o "risco de eventuais doenças contagiosas", pois um navio que comportava um máximo de 800 passageiros trafegava com quase mil pessoas, entre migrantes e tripulação.[44] Apesar de Edwards considerar 'satisfatórias' as condições sanitárias a bordo, ele registrou que o número de privadas era insuficiente e que não existiam condições de banho: mesmo na primeira classe o "chuveiro está seco". Numa outra viagem, as condições descritas não eram melhores, com os trabalhadores "amontoados em um paquete relativamente pequeno"; "poucas horas depois da partida, o convés estava escorregadio de saliva, cascas de frutas, restos de comida e vômito".[45]

A negligência com os migrantes era comum e apresentava-se de diversas formas. Um testemunho informa que 800 trabalhadores aguardavam no porto quando uma violenta chuva desabou e deixou-os ensopados: nesse estado embarcaram, para passar a noite ao relento. Os atrasos se repetiam: certa vez, um navio com capacidade para 280 passageiros demorou seis dias atracado, com mil pessoas a bordo. Durante esse período de espera, 31 pessoas foram retiradas do navio e hospitalizadas; na chegada a Belém, 44 pessoas apresentavam sarampo. Quase nunca havia médico a bordo – guardas sanitários acompanhavam os migrantes. A maioria das mortes registradas em trânsito eram de crianças.[46]

Se a viagem de navio era dura, por terra podia ser ainda pior. Com o trânsito de navios para Belém suspenso, por causa da ameaça dos submarinos alemães, entre agosto de 1942 e novembro de 1943 os migrantes eram transportados por terra. O percurso iniciava-se depois do exame –

num dos postos de recrutamento espalhados por todo o interior do Nordeste – das condições de saúde dos recrutados, em geral péssimas: muitos viajavam subnutridos, necessitando de cuidados médicos.[47] A primeira etapa da viagem compreendia o trajeto entre o posto de recrutamento e Fortaleza, onde alojamentos do Semta abrigavam os migrantes que aguardavam embarque. Nas pequenas vilas do interior, a partida dos migrantes adquiria um caráter ritualístico, aproveitado como propaganda do Programa: anúncios pela rádio local convidavam a população a se dirigir até a praça central, onde os 'soldados da borracha' eram abençoados pelo pároco e saudados pelo prefeito ao embarcarem, em caminhão, rumo a Fortaleza.[48]

A segunda etapa da viagem, entre Fortaleza e Teresina, cumpria-se de caminhão; de Teresina até São Luís, de trem. Como a jornada era longa e árdua, construiu-se uma rede de alojamentos e postos de saúde entre Fortaleza e São Luís.[49] O Sesp, de acordo com o contrato com o Semta, era responsável pela assistência médica dos migrantes e pelas condições sanitárias dos alojamentos. Ia-se de Fortaleza a Teresina em comboios de caminhões pela estrada de terra. Cada comboio era composto de seis caminhões, cada um com 35 trabalhadores. Um chefe de comboio era encarregado da viagem, assistido por um chefe de turma, incumbido da disciplina. Um par de guardas sanitários, para uma eventual emergência médica, seguia no último caminhão. Em raras ocasiões um médico acompanhava o comboio. Cada migrante recebia um farnel provido com rapadura, farinha de mandioca, carne seca e bananas.[50]

Os 600 quilômetros que separavam Fortaleza e Teresina eram cumpridos com duas paradas, sendo a primeira em Sobral, onde havia um posto de recrutamento com capacidade para 800 homens e um posto de trânsito para 500 migrantes. Levava-se cerca de seis horas para percorrer os 244 quilômetros deste percurso inicial, porém freqüentemente ocorriam atrasos provocados pelas más condições da estrada e meios de transporte. Assim, não era incomum que trabalhadores permanecessem na estrada "toda a noite sob chuva e frio". Não por acaso, no alojamento de Tianguá, localizado no topo de uma serra e segunda parada do percurso, fazia-se comum a estadia de migrantes com infecções nas vias respiratórias superiores. Nos 266 quilômetros restantes entre Tianguá e Teresina, a estrada era "uma descida e havia menos vento", porém tais condições tornavam a viagem mais sujeita a acidentes, como o de sete de abril de 1943, quando um caminhão tombou com 35 homens, "quatro dos quais seriamente

feridos".[51] De Teresina, embarcava-se num trem para uma jornada de 12 horas até Coroatá, o último alojamento antes de São Luís, de onde se tomava um navio para Belém e, de lá, outro para Manaus.[52]

Transporte era a principal dificuldade para o fluxo contínuo e regular de migrantes entre os diversos alojamentos. A falta de combustível para os caminhões e a precária situação da estrada de ferro resultavam em muitos alojamentos superlotados, o que paralisava momentaneamente todo o sistema.[53] Em fevereiro de 1944, o posto de embarque de Fortaleza estava completamente abarrotado de migrantes.[54] O acampamento de Teresina, com capacidade para 1.200 homens, vivia superlotado, em virtude dos atrasos no trem. Em abril de 1943, "muitos trabalhadores esperavam entre três e quatro semanas em Teresina" para tomar o trem para São Luís, o que provocava muitas deserções.[55] Esta longa espera em alojamentos acima da capacidade não raro causava conflitos entre migrantes e entre estes e a população local, sendo o campo de Teresina o mais 'indisciplinado'.[56] Também no posto de Coroatá os migrantes amontoavam-se "às centenas por mais de duas semanas".[57] Em São Luís, o alojamento edificado para abrigar 1.200 homens costumava abrigar cerca de dois mil migrantes.[58]

Belém e Manaus igualmente mantinham em seus alojamentos uma população acima de sua capacidade. O posto de trânsito de Curro, em Belém, pertencente ao DNI, acolhia homens, mulheres e crianças. Apesar de habilitado para receber 600 pessoas, em geral não abrigava menos de 800 migrantes, número que chegava, eventualmente, a 1.200.[59] Em julho de 1943, o alojamento da Sava de Tapanã, em Belém, já além de sua capacidade, esperava a chegada de mais migrantes. A alternativa dos burocratas de plantão foi simplesmente transferir o 'problema' para Manaus, onde o posto de Paredão, com uma capacidade para mil homens, passou a hospedar 1.510 pessoas naquele mês.[60]

A alimentação servida aos migrantes variava na quantidade e na qualidade, de um alojamento para outro. O cardápio, preparado por uma nutricionista, nem sempre era seguido, por falta de ingredientes, desorganização administrativa ou mesmo negligência.[61] Quando o Semta enviou a nutricionista Maria Novais em viagem de inspeção pelos postos, ela denunciou as "vis condições" de alguns alojamentos, principalmente em Teresina, onde "os trabalhadores estavam à beira de uma greve em virtude da deplorável qualidade das refeições". Novais ficou particularmente chocada com as condições sanitárias da cozinha e com a forma como a comida era

servida: "em vasilhas de lavar pratos, numa grande bagunça, como se fosse comida para porcos". Em Prado, a nutricionista aprovou a limpeza da cozinha mas considerou insuficiente a quantidade de alimento servida diariamente para um homem adulto. A nutricionista chegou a ouvir de um grupo: "se esta comida continuar a nos ser fornecida, todos terminaremos no cemitério".[62] Alimentação também era um problema nos campos do DNI. O diretor do alojamento de Pensador, em Manaus, relatou que, enquanto no hospital a comida era "satisfatória", no pouso era tão ruim que "era comum que indivíduos viessem para o hospital, não por estarem doentes, mas para comerem melhor".[63]

As condições sanitárias variavam por alojamento, mas em geral não eram boas e, nos campos superpovoados, podiam tornar-se perigosas. O Sesp considerou os postos do Semta de Fortaleza e Tianguá como de "excelente condição sanitária".[64] Em contraste, o campo do DNI em Alagadiço, Fortaleza, já foi inaugurado "sob as piores condições"; freqüentemente superpovoado, suas condições sanitárias só pioravam.[65] Um relatório de setembro de 1944 descreveu o posto de Teresina, com um "espaço saudável e limpo para se viver".[66] Relatório anterior, no entanto, denunciara as "péssimas condições" do campo, uma descrição compatível com a informação de sua reiterada superlotação.[67] Em São Luís, as péssimas condições sanitárias foram atribuídas pelos médicos "às atitudes mentais dos próprios migrantes".[68] Estes, com certeza, não compartilhavam dos mesmos conceitos de higiene dos médicos do Semta e do Sesp, porém um programa de educação sanitária parece ter obtido resultados e as condições do campo foram consideradas melhores, posteriormente. No posto do DNI de Curro, em Belém, as condições sanitárias estavam abaixo de qualquer padrão. Apesar de o campo ter sido "aberto temporariamente" numa antiga hospedaria de imigrantes japoneses, funcionou até julho de 1944.[69] No campo da Sava em Manaus as condições sanitárias "não eram satisfatórias", sobretudo em virtude de sua constante superpovoação.[70]

Doenças

A saúde dos migrantes relacionava-se às condições de alimentação, transporte e de higiene dos alojamentos. Porém, muitos trabalhadores recrutados chegavam aos postos subnutridos, em "condições físicas terríveis".[71] Identificava-se uma variedade de doenças nos postos de recrutamento e nos diversos alojamentos de trânsito. Entre as mais comuns encontradas nas

hospedarias para famílias do DNI estavam as infecções respiratórias, sarampo, caxumba, disenterias, catapora e malária. As crianças, além de sofrerem de sarampo e catapora, estavam ainda sujeitas a subnutrição, doenças digestivas e infecções alimentares. Os adultos não só penavam com as gripes, infecções respiratórias, distúrbios digestivos e malária, mas também as doenças sexualmente transmissíveis, o sarampo e a catapora.[72]

Nos alojamentos do DNI, um grande número de crianças subnutridas eram admitidas diariamente no posto de Alagadiço, em Fortaleza, e imediatamente hospitalizadas. Enquanto há recuperação para uma "boa percentagem" delas, outras "não respondem ao tratamento de forma nenhuma".[73] No início do Programa, quando as obras do posto de Alagadiço não estavam terminadas e suas condições eram ainda piores, o número de crianças doentes "era assutador (...) e o número de mortes muito alto".[74] Desnutrição e intoxicações alimentares correspondiam ao maior quantitativo de óbitos de crianças. O etnocentrismo dos médicos, muitas vezes, fazia-os acusar as mães pelas mortes das crianças. Um médico do Sesp, em Alagadiço, culpou certa vez a dieta que as crianças recebiam das mães, composta de farinha de mandioca e raízes cozidas, como principal razão da intoxicação alimentar no alojamento.[75] No campo do DNI em Belém, outro médico do Sesp acusou a "ignorância e estupidez" das mães e sua "falta de educação na alimentação infantil" pela morte das crianças.[76]

O diretor do Projeto Migração avaliou que, em virtude da "alimentação correta", os casos de intoxicação alimentar aguda tornaram-se raros nos alojamentos do DNI ao final de 1943.[77] Entretanto, apenas em abril de 1944 o número de crianças mortas alcançou 35 no alojamento do DNI em Alagadiço, Fortaleza. Neste campo a população atingira a marca de 1.500 pessoas em arriscada situação: a lotação era de 800. Segundo relatou um médico, vivia-se "em grande promiscuidade" e em falta de lençóis de flanela e cobertores para crianças. Para completar, houve "absoluta falta de leite no hospital por 15 dias, e foi impossível alimentar adequadamente as crianças". Os casos de distúrbios digestivos e intoxicação alimentar aguda abundavam, e "não havia mais espaço no hospital".[78]

Nos campos de homens jovens, as infecções respiratórias eram responsáveis por mais da metade do número de doenças tratadas nas enfermarias do Sesp.[79] Os problemas respiratórios apareciam no início da viagem por terra, em função das condições de transporte. De Fortaleza até

Teresina, os homens eram transportados nas carrocerias dos caminhões, expostos às chuvas e temperaturas frias da serra. A viagem de trem entre Teresina e São Luís debilitava os trabalhadores, transportados em "vagões quase completamente fechados, em condições climáticas que variavam rapidamente de um sol tropical a uma fria e pesada chuva". Como resultado, aportavam em São Luís já enfermos ou quase.[80]

Outro mal comum tratado pelo Sesp nos acampamentos de adultos jovens, as doenças sexualmente transmissíveis eram consideradas um grave obstáculo para o Programa, porque retiam centenas de trabalhadores nas enfermarias da rota terrestre.[81] Segundo o diretor do Programa, nos campos do Semta e da Sava "a blenorragia era absolutamente preponderante", com as mais altas taxas se registrando nos alojamentos de Prado e Coroatá.[82] O médico do posto do Semta em São Luís relatou que 5% dos migrantes ficavam retidos para tratamento devido a doenças venéreas.[83] Na pequena vila de Coroatá, Maranhão, onde não havia bordéis, o alojamento masculino sempre perfez um alto número de doenças sexualmente transmissíveis. Os médicos do Sesp explicavam este fato por Coroatá ser o alojamento localizado imediatamente após Teresina, onde os prostíbulos eram "um foco de doenças venéreas".[84] Responsabilizadas as prostitutas pelo crescimento do número de casos de doenças venéreas, os burocratas do Sesp e do Semta ergueram pavilhões de isolamento e impuseram tratamento compulsório às mulheres, a ponto de requisitarem força policial para hospitalizar as que resistissem.

Os relatórios do Sesp indicam um aumento na quantidade de casos em diversos alojamentos, no mês de maio de 1943. No campo de Prado, 176 novos casos foram tratados em apenas uma semana. Em São Luís, o Sesp adotou a política de tratar, além dos migrantes, as mulheres que viviam em torno do acampamento, e de acionar a polícia local para a hospitalização compulsória "dos casos mais sérios".[85]

Estas ações derivam da perspectiva masculina dos médicos, para os quais apenas as mulheres eram culpadas pela difusão das doenças venéreas. Entretanto, em um "relatório confidencial" do Semta, seu diretor reconhecia que o homoerotismo era comum nos alojamentos de jovens migrantes. A solução, proposta para evitar o que ele chamava de 'vícios' entre os jovens migrantes, foi a construção, em cada hospedaria, de uma "pequena capela e um campo de esportes".[86]

Também a malária era muito prevalente nos postos e acampamentos, sendo mais encontrada nas hospedarias de Manaus e Belém, apesar

dos casos mais malignos surgirem no posto de Coroatá, Maranhão, onde se registraram 43 casos de malária *falciparum* nos primeiros três meses de 1943.[87] No alojamento do DNI em Manaus, um surto de malária atingiu 138 migrantes em maio de 1943, e os números não cessariam de crescer durante o ano. Em dezembro, a incidência de malária era tão alta que todos os funcionários do Sesp, incluindo o médico, contraíram a doença. A situação não melhoraria no ano seguinte.[88] No alojamento de Belém, entretanto, a maioria dos casos de malária não foram contraídos localmente, mas trazidos por seringueiros retornados das plantações.[89]

A maioria dos trabalhadores que retornavam doentes de malária dos seringais tinha a saúde prejudicada ainda por outras doenças.[90] Muitos eram enviados de volta para Fortaleza e, eventualmente, para seus locais de origem. Em novembro de 1943, "muitos migrantes estavam retornando do alto Amazonas em deploráveis condições fisícas e muitos mais eram esperados na mesma condição".[91] Durante o ano de 1944, uma média de 65 trabalhadores retornavam a cada mês.[92] Esse fluxo de retornados prosseguiu nos anos seguintes; no relatório de 1946, registrou-se que os migrantes continuavam a voltar em "extremo estado de necessidade", atacados por 'catarrão'.[93] Estudo clínico do médico Morrison Faria, do Sesp, concluiu que a doença que tanto atacava os seringueiros, por eles batizada de 'catarrão', era na verdade bronquite crônica, adquirida pela aspiração da densa fumaça utilizada no processo de coagulação da seiva da borracha. Uma doença ocupacional, portanto.[94]

Epidemias eventualmente varriam os campos de migrantes, sendo as de sarampo e tifóide as mais comuns. O mais devastador surto de sarampo, que ocasionou diversas mortes, ocorreu na então superlotada – com algo em torno de três mil pessoas – hospedaria de adultos de Tapanã, Belém, em fevereiro de 1943. Somente no final deste ano o número de casos cairia a "proporções normais".[95] A tifóide também consistia em um risco constante nos albergues: em Fortaleza, de 37 casos, cinco resultaram em mortes em abril de 1943.[96] A hospedaria mais ameaçada pela tifóide era a de Teresina, onde a única fonte de água era o poluído rio Parnaíba. Para resolver o problema, o Sesp e o Semta contrataram os serviços do Serviço Federal de Águas e Esgostos.[97]

Fator determinante na decisão de fechar a hospedaria do DNI na cidade e a mais violenta epidemia ocorrida durante o Programa Migração, um surto de meningite devastou os alojamentos de Belém em junho e

julho de 1944. Por ser a meningite transmitida pelas vias respiratórias superiores, sem dúvida a epidemia teve seu curso facilitado pela superlotação.[98] A narrativa deixada pelos médicos é típica dos acontecimentos epidêmicos: em 27 de maio de 1944, 921 migrantes chegados de Fortaleza a bordo do navio Comandante Ripper desembarcaram em Belém. Deste grupo, 439 pessoas, entre homens, mulheres e crianças, foram alojadas na hospedaria de Curro, do DNI, sendo outros 482 trabalhadores mandados para o alojamento de homens em Tapanã.[99] No dia 5 de junho, uma menina do campo do DNI deu entrada na enfermaria com febre alta e vômito e, apesar de medicada, morreu em poucas horas, antes de um possível diagnóstico. Novos casos com os mesmos sintomas continuaram a se manifestar no dia seguinte, e surgiu entre os médicos do Sesp a suspeita, mais tarde confirmada por exames laboratoriais, de um surto de meningite cérebro-espinhal. Não bastasse a incidência de casos não baixar na hospedaria do DNI, um outro surto irromperia no campo de adultos de Tapanã. Descobriu-se que todas as pessoas infectadas haviam aportado em Belém a bordo do Comandante Ripper, ancorado no dia 27 de maio. O aprofundamento da investigação identificou o foco original na pequena vila de Santa Rita, Paraíba, de onde vieram alguns daqueles migrantes e onde uma epidemia de meningite ocorrera no início de 1944.[100]

As doenças que mais matavam nas estações de pouso eram as entéricas. A seguir, tuberculose e malária.[101] A maioria das mortes acontecia nos alojamentos familiares do DNI, provocadas por diarréias e enterites, o que coincide com a alta ocorrência de mortalidade infantil: jovens e crianças eram os que mais morriam naquelas hospedarias.[102]

Mais Burocracia

A diversidade de estruturas envolvidas no recrutamento e transporte de migrantes, o fracionamento do trabalho e as imprecisões sobre a divisão das responsabilidades levavam a freqüentes conflitos entre as organizações. Os atrasos da Sava na entrega dos migrantes aos seringais provocavam superlotação nos alojamentos do Semta em Belém e Manaus e, daí, acusações recíprocas entre seus funcionários. A costumeira superpopulação nas hospedarias causava crises entre o Sesp – responsável pelo saneamento e cuidados médicos nos pousos – e a Sava e o Semta, as agências incumbidas da administração dos alojamentos.

Um dos problemas mais comuns consistia na sobreposição de funções e tarefas nos postos. Os médicos do Sesp ignoravam exames realizados pelos médicos do Semta nos postos de recrutamento, e submetiam os migrantes a outra avaliação, o que suscitava reações.[103] Funcionários do Sesp eximiam-se de responsabilidades pelos cuidados médicos nos postos do Semta, quando superpovoados.[104] Dois médicos do Semta, depois de uma "séria divergência" com médicos do Sesp no campo de Teresina, reivindicaram a "necessidade urgente" de uma clara definição de papéis.[105] Recorrentes conflitos entre o Sesp e a Sava levaram o diretor do Programa de Migração ao Rio de Janeiro, para estabelecer junto à direção da Sava uma precisa delimitação de funções entre aqueles órgãos. Reclamou, na ocasião: "muito tempo tem sido perdido pelo pessoal de atendimento médico em Belém, resolvendo pequenos desentendimentos e pontos de diferença que ameaçam as relações" entre as duas agências.[106]

Entretanto, muitas vezes os conflitos não eram provocados por "pequenos pontos de diferença". Em julho de 1943, os responsáveis pelo campo da Sava de Tapanã, Belém, pressionados pela chegada de uma nova turma de migrantes, simplesmente decidiram transferir o problema adiante, enviando todos os homens para o posto de Manaus, já superlotado, o que incitou uma contundente resposta do Sesp, obrigado ao atendimento médico nos campos. Na lógica do Sesp, "o movimento de homens entre os diversos campos" deveria estar sob seu controle, já que "era a única organização capaz de avaliar as condições sanitárias dos diversos acampamentos".[107]

Com este quadro, a Igreja Católica retirou seu apoio ao Projeto: o padre Helder Câmara não apenas pediu demissão de suas funções como também aconselhou o governo a dissolver o Semta.[108] Diante de tão evidentes problemas, o governo brasileiro optou por diminuir o fluxo do recrutamento e fundir o Semta e a Sava numa única agência: a Comissão Administrativa de Encaminhamento de Trabalhadores para a Amazônia (Caeta).[109] Em setembro de 1943, os então postos do Semta foram temporariamente fechados, e o Projeto Migração paralisou, à espera das decisões da nova entidade.[110]

A Caeta serviu para unificar, sob um único comando, todas as etapas do processo – do recrutamento à entrega dos trabalhadores aos seringais. Subordinava-se ao DNI, órgão que passou a gestor do Programa Migração (Alves, 1984).[111] A Caeta, como suas antecessoras, também era financiada pela RDC, porém tinha um objetivo mais modesto: enquanto o

Semta planejara recrutar 50 mil trabalhadores, à Caeta coube selecionar e transportar 16 mil migrantes, no ano de 1944.[112] Em outubro de 1943, o Sesp e a Caeta acordaram compartilhar obrigações quanto aos cuidados médicos. A Caeta reuniria os migrantes, procederia ao seu exame médico e os abrigaria; nos alojamentos, o tratamento médico e a estrutura sanitária ficariam a cargo do Sesp. Ou seja, um convênio semelhante ao assinado anteriormente com o Semta, porém com uma diferença importante: o novo contrato estipulava que, em caso de superlotação dos alojamentos, a responsabilidade do Sesp cessaria imediatamente.[113] Uma das primeiras decisões da Caeta foi a de fechar a rota terrestre e transportar os migrantes por mar, no trecho Fortaleza-Belém.

O Fim do Programa Migração

A proximidade do final da Guerra e o não cumprimento de metas estabelecidas levaram à decisão de extinguir o Programa Migração até dezembro de 1944. Os serviços da Caeta seriam concluídos até meados daquele ano, o recrutamento de homens solteiros seria suspenso e apenas famílias de migrantes seriam transportadas sob a responsabilidade do DNI. A RDC então sugeriu que o programa fosse extinto paulatinamente, "sentindo que esta decisão seria bem vista pelo governo brasileiro".[114] Do programa originalmente proposto, apenas cinco postos e enfermarias, todos pertencentes ao DNI, permaneceriam em operação. Um novo acordo entre o Sesp, o DNI e a Comissão de Controle dos Acordos de Washington estabeleceu as condições de funcionamento dos cinco postos até dezembro de 1948, quando o projeto foi definitivamente encerrado.[115]

Uma das primeiras conseqüências do fim do Programa foi o desrespeito a qualquer compromisso com os migrantes e suas famílias. Antes mesmo da extinção da Caeta, os já escassos subsídios prometidos pelo Semta às famílias dos recrutados haviam sido cancelados. Em junho de 1944, Irinea Leandro, Ana Maria Espírito Santo, Isabel Belisa, Ana Maria Conceição, Argentina Casta, Maria Luísa e Maria do Carmo, que se autointitulavam 'esposas de soldados da borracha', enviaram um telegrama ao presidente Getúlio Vargas, pedindo sua intervenção. Suspensas as suas pensões pela Caeta, a cada uma só se oferecia uma passagem para que todas fossem encontrar seus maridos na Amazônia. As mulheres recusaram, argumentando que "é impossível aceitar [a oferta] pois não sabemos

onde nossos maridos estão". Elas solicitavam a Vargas que encaminhasse sua resposta ao padre Lauro Pita, a única pessoa em que podiam confiar.[116] Em situação semelhante estava Rita Almeida da Silva, que encabeçava um abaixo-assinado em nome de 191 'famílias miseráveis' com quem a Caeta recusava-se a honrar compromissos outrora estabelecidos. O diretor da Caeta propunha transportá-las para a Amazônia, oferecimento recusado pelas mulheres, que "não podiam se comunicar com seus maridos".[117]

O projeto de recrutar 'soldados' para a 'batalha da borracha' na Amazônia resultou numa incontável quantidade de mortes ou perdas de laços familiares. Os dados variam, dependendo da fonte consultada. Em 1947, o jornal *Panflêto*, ligado ao Partido Comunista, acusou o governo brasileiro pela morte de 30 mil migrantes mandados para o "inferno verde". Já um jornal no Paraguai denunciou que 20 mil pessoas haviam morrido no Amazonas durante a 'batalha da borracha'. O historiador Warren Dean (1987: 104) calculou que entre 17 e 20 mil seringueiros não retornaram aos seus locais de origem, uma perda maior do que a da Força Expedicionária Brasileira que lutou na Itália.[118]

Os números, no entanto, parecem superestimados, se tomarmos em consideração o número total de migrantes enviados para o Amazonas por todas as organizações. Edgard Carone (1976: 281) provavelmente obteve um cálculo bem próximo da realidade, ao estimar em 22.092 o total de migrantes homens recrutados e enviados para a selva. José Carlos Ribeiro, o diretor do Projeto Migração, registrou que 18.286 pessoas foram recrutadas para a Amazônia em 1943. Deste número, 10.824 eram homens jovens alistados pelo Semta e 7.462 eram membros das famílias recrutadas pelo DNI.[119] Se subtrairmos o quantitativo de homens jovens listados por Ribeiro do total de homens calculado por Carone para todo o Programa, teremos 11.268 homens adultos migrantes em 1944, provavelmente os transportados pela Caeta durante este último ano. Se, então, adicionarmos os números dos que migraram em núcleos familiares em 1943, totalizaremos 29.554 migrantes transportados durante o Programa, sem considerarmos aqueles recrutados e transportados em 1944 pelo DNI, sobre os quais não temos dados. É bastante improvável e não há qualquer indício de que o DNI tenha transportado mais pessoas em 1944 do que no ano anterior. Como vimos, no final de 1943 o número de recrutados começou a decrescer e o Programa foi encerrado em dezembro do ano seguinte. Se formos generosos e apreciarmos que, em 1944, o

DNI recrutou e transportou o mesmo número de pessoas que em 1943, teremos mais 6.431 trabalhadores em 1944, o que perfaz um total de 35.995 migrantes para todo o Programa. É muito pouco provável e não temos evidências para afirmar que 30, 20 ou mesmo 17 mil pessoas tenham morrido ao término do processo.

Embora não mensurados com exatidão, finda a Guerra os desaparecimentos de migrantes na Amazônia repercutiram mal no Brasil e no exterior. Após a queda do Estado Novo e o fim da censura, o Congresso constituinte de 1946 abordou a questão. Instaurou-se uma Comissão de Inquérito da Campanha da Borracha para investigar a 'batalha da borracha' e suas implicações.[120] O ministro João Alberto, chefe da Comissão de Controle dos Acordos de Washington, imputou-se responsável pelo fracasso da 'campanha da borracha', o que, aparentemente, não lhe trouxe maiores prejuízos.[121] Em Washington, o Congresso convocou um alto funcionário do governo para explicar o papel dos Estados Unidos na 'batalha da borracha' e no Programa Migração. O funcionário declarou aos deputados e senadores americanos que "os acordos entre a RDC (...) e as agências brasileiras encarregadas dos programas estabeleciam que estas seriam responsáveis por estes migrantes" (apud Alves, 1984: 101).

Enfim, nesta outra frente de atuação do Sesp no Nordeste durante a Guerra, o chamado Projeto Migração, não houve nenhuma preocupação com políticas sanitárias de longo prazo. O Programa Migração teve um objetivo imediato: selecionar aqueles fisicamente capazes de trabalhar como seringueiros na 'batalha da borracha' e providenciar tratamento médico aos recrutados. Entretanto, o Projeto Migração produziu um subefeito inesperado, conforme a premissa de que as políticas sanitárias do Sesp serviram de instrumentos do projeto varguista de incorporação de território e expansão da autoridade pública. O Acre, transformado num "imenso seringal", ao final do processo de migração resultante da 'batalha da borracha' apresentou um saldo demográfico positivo (Cardoso & Muller, 1977). Lembremos que, ao declínio da economia exportadora da borracha, na década de 1910, seguiu-se um período de estagnação econômica e demográfica do vale amazônico. Isso mostra que o Projeto Migração, juntamente com o Programa da Amazônia, fez-se acompanhar da retomada da ocupação territorial da Amazônia e de um movimento de diversificação dos interesses econômicos na região, posteriormente, com a criação da SPVEA.

Notas

[1] Charles Wagley to Kenneth Waddell, Memorandum on "Labor Immigration from Northeastern Brazil", p. 1-3, September 1, 1942, attached to Report of Chief of Field Party for Brazil, August 15 to September 30, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[2] Charles Wagley to George Saunders, Memorandum on "Labor Immigration", p. 1-3, June 15, 1942, attached to cover letter from Saunders to Dunham, June 26, 1942, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[3] Office of the Coordinator of Interamerican Affairs, *History of the Office of the Coordinator of Interamerican Affairs: Historical Reports on War Administration*. Washington, D.C., GPO, 1943, p. 36; "Projects in the Americas, Brazil", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 4 (November 1942): 1.

[4] Charles Wagley to George Saunders, Memorandum on "Labor Immigration", p. 2, June 15, 1942, attached to cover letter from Saunders to Dunham, June 26, 1942, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[5] Charles Wagley to Kenneth Waddell, Memorandum on "Labor Immigration from Northeastern Brazil", p. 3, September 1, 1942, attached to Report of Chief of Field Party for Brazil, August 15 to September 30, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599. Charles Wagley considerava que a migração para regiões agrícolas do Pará seria útil para o Programa da Borracha, na medida em que existia escassez de alimentos na região amazônica. Cf. Charles Wagley to Kenneth Waddell, Memorandum on "Food Problem and Settlement of Northeastern Immigrants", p. 1, September 17, 1942, attached to Report of Chief of Field Party for Brazil, August 15 to September 30, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[6] Charles Wagley to George Saunders, Memorandum on "Labor Immigration", p. 2, June 15, 1942, attached to cover letter from Saunders to Dunham, June 26, 1942, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599; General Sanitation Projects, Brazil, Migration Project", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 38 (March 1944): 6-8.

[7] Telegram from the Secretary of State to U.S. Embassy in Rio de Janeiro, August 17, 1942, Nara, RG 59, Decimal File, 1940-44, Box 4474.

[8] Pierce Archer, III to Dória de Vasconcellos, October 20, 1942, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 16, Caixa 20; Oscar Guedes to Henrique Dória, October, 23, 1942, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 16, Caixa 20.

[9] Henrique Dória de Vasconcellos para George Saunders, Dezembro 18, 1942, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 16, Caixa 20; Henrique Dória de Vasconcellos para Charles Wagley, Dezembro 18, 1942, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 16, Caixa 20.

[10] Semta, "Livro do Semta: a batalha da borracha (originais)", p. 11, Arquivo Nacional (doravante AN), Soldados da Borracha, Fundo Paulo Assis Ribeiro (doravante FPAR), Doc. 62, Caixa 5.

[11] "Procedimento para recepção pela Superintendência do Abastecimento do Vale Amazônico, dos trabalhadores recrutados pelo Serviço Especial de Mobilização de Trabalhadores para Amazônia", p. 1-2. Março 5, 1943, FPAR, AP 50, Doc. 15, Caixa 4; "Acordo celebrado entre a Superintendência do Abastecimento do Vale Amazônico e a Rubber Development Corporation, para recebimento e colocação de trabalhadores no vale amazônico", p. 2-4, Março 1, 1943, AN, FPAR, AP 50, Doc. 14, Caixa 4.

[12] Semta, "Histórico: 22 de dezembro de 1942 a 1º. de fevereiro de 1943 – implantação", p. 4, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 62, Caixa 5.

[13] José Rodrigues da Silva para Chefe do Departamento de Assistência Social, Maio 7, 1943, NA, FPAR, AP 50, Doc. 7.154, Caixa 4; José Rodrigues da Silva para Aristóbulo de Castro, Abril 27, 1943, AN, FPAR, AP 50, Doc. 7.142, Caixa 4.

[14] Acordo entre o Serviço Especial de Mobilização de Trabalhadores para a Amazônia (Semta) e o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) através de seus respectivos representantes", AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 18, Caixa 21.

[15] Semta, "Esboço da estrutura de serviços no Amazonas para servir de informações e publicidade", p. 2-3, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 65, Caixa 5.

[16] Semta, "Esboço da estrutura de serviços no Amazonas para servir de informações e publicidade", p. 1, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 65, Caixa 5; Semta, "Prefixos e freqüências que deverão funcionar as estações Rádio Semta", AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 7.16, Caixa 4.

[17] Semta, "Rumo à Amazônia, terra da fartura", p. 1-12, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 40, Caixa 5. Esse discurso patriótico era também utilizado entre os funcionários do Semta, tratados como se estivessem realizando um 'serviço de guerra'. Cf. Memorando de Renato Lyra para servidores do Semta. Fevereiro 17, 1943, AN, FPAR, AP 50, Doc. 7, Caixa 4.

[18] Semta, "Esboço de Programa para assistência à família dos trabalhadores mobilizados", p. 1-3, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 56, Caixa 5.

[19] Semta, "Rumo à Amazônia, terra da fartura", p. 8, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 40, Caixa 5; Semta, "Contrato de encaminhamento", p. 1-2, AN, FPAR, AP 50, Doc. 7.13, Caixa 4.

[20] Pimentel, F. de M. "Memorando modelo", maio 12, 1943, AN, FPAR, AP. 50, Doc. 7.161, Caixa 4; Semta, "Mensagem dirigida a prefeitos", AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc 5, Caixa 4.

[21] Semta, "Histórico: 22 de dezembro de 1942 a 1º. de fevereiro de 1943 – implantação", p. 2, 16, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 62, Caixa 5.

[22] Helder Câmara para Aloísio Marsela, p. 1-4, Janeiro 28, 1943, AN, FPAR, AP 50, Doc. 7.98, Caixa 4.

[23] Helder Câmara para Vigário de Cedro, "Memorando circular", Abril 6, 1943, AN, FPAR, AP 50, Doc. 7.137, Caixa 4.

[24] Report from Charles Wagley to Bernard Krug, p. 5, November 18, 1942, attachment n. 10 to Report of the Field Party, Brazil, 4 November, 1942, Nara, RG 229, Deparment

of Basic Economy, Health and Sanittation Division, Monthly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[25] José Reis de Souza para Hilder Corrêa Lima, p. 2, março 18, 1943, AN, FPAR, AP 50, Doc. 7, Caixa 4.

[26] Semta, Seção de disciplina para Hilder Corrêa Lima, maio 19, 1943, AN, FPAR, AP 50, Doc. 7.167, Caixa 4.

[27] Antônio Fernandes de Albuquerque para Paulo de Assis Ribeiro, p. 2-3, abril 16, 1943, AN, FPAR, AP 50, Doc. 7, Caixa 4.

[28] Saunders to Dunham, June 26, 1942, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[29] Charles Wagley to Bernard Krug, "Report on Ceará drought situation", p. 1-5, November 18, 1942, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599. Wagley calculava que 300 mil pessoas haviam sido afetadas pela seca no Ceará.

[30] Edwards, J. H. "Report on a trip by the Lloyd Brasileiro steamer Comandante Riper from Fortaleza to Belém, accounting 988 migrants", p. 5-6, April 1944, Attachment n. 2 to Monthly Report of Brazilian Field Party, April 1944, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Report of Fielf Parties (E-143), Brazil, Box 1601.

[31] Ribeiro, J. C. "Sesp – Projeto Migração: Relatório de 1943", p. 52-61, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[32] Moura, V. T. de. "Serviço Especial de Classificação e Seleção de Trabalhadores para a Amazônia, feito pelo Albergue da Boa Vontade para o Semta", Fevereiro 24, 1943, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Caixa 5.

[33] Semta, "Histórico: 22 de dezembro de 1942 a 1º. de fevereiro de 1943 – implantação", p. 10-16, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 62, Caixa 5.

[34] Castro, A. de. "Relação dos trabalhadores reconduzidos ao Rio de Janeiro, com o motivo da recondução", p. 1-3, Maio 30, 1943, AN, FPAR, AP 50, Doc. 7.175, Caixa 4.

[35] "Memorando de José Rodrigues da Silva para o diretor do Semta", Fevereiro 19, 1943, AN, FPAR, AP 50, Doc. 7.2, Caixa 4.

[36] Castro, A. de. "Relação dos trabalhadores reconduzidos ao Rio de Janeiro, com o motivo da recondução", p. 1-3, Maio 30, 1943, AN, FPAR, AP 50, Doc. 7.175, Caixa 4.

[37] Semta, "Histórico: 22 de dezembro de 1942 a 1º. de fevereiro de 1943 – implantação", p. p. 12-17, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 62, Caixa 5.

[38] Depoimento de Paulo Assis Ribeiro em 13 de agosto de 1946, publicado no Diário da Assembléia de 24 de agosto de 1946, col. 4, p. 4.314, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 64, Caixa 5.

[39] "Instrução para o preenchimento uniforme das fichas médicas", p. 1-8, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 57, Caixa 5; Silva, J. R. da. "Relação das entidades clínicas mais freqüentes encontradas e que constituirão motivo de recusa definitiva", p 1-3, Abril 8, 1943, AN, FPAR, AP 50, Doc. 7.138, Caixa 4; Silva, J. R. da. "Circular 2AM-19", Março 22, 1943, AN, FPAR, AP 50, Doc. 7.129, Caixa 4; "José

Rodrigues da Silva para Chefe do Departamento de Assistência Social", 7 de Maio de 1943, AN, FPAR, AP 50, Doc. 7.154, Caixa 4.

[40] Ribeiro, J. C. "Sesp – Projeto Migração: Relatório de 1943", p. 55-61, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[41] Charles Wagley to Bernard Krug, "Report on Ceará drought situation", p. 3, November 18, 1942, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[42] Ribeiro, J. C. "Sesp – Projeto Migração: Relatório de 1943", p. 60, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[43] "Chagas na Amazônia", VHS, n. 4, AM 121, Departamento de Arquivo e Documentação, COC, 1991, videocassete.

[44] Edwards, J. H. "Report on a trip by the Lloyd Brasileiro steamer Comandante Riper from Fortaleza to Belém, accounting 988 migrants", p. 1-2, April 1944, Attachment n. 2 to Monthly Report of Brazilian Field Party, April 1944, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Report of Fielf Parties (E-143), Brazil, Box 1601.

[45] Edwards, J. H. "Report on a trip by the Lloyd Brasileiro steamer Comandante Riper from Fortaleza to Belém, accounting 988 migrants", p. 1-2, April 1944, Attachment n. 2 to Monthly Report of Brazilian Field Party, April 1944, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Report of Fielf Parties (E-143), Brazil, Box 1601; "Migration Program, Medical Report", p. 2, Iiaa, Division of Health and Sanitation, Report, May, 1943, Nara, RG 59, Decimal File, 1940-44, Box 4474.

[46] "Atividades do Programa Migração em março", *Boletim do Sesp*, n. 9 (maio 1944): 5; "Migration Program, Medical Report", p. 1, 3, Iiaa, Division of Health and Sanitation, Report, May, 1943, Nara, RG 59, Decimal File, 1940-44, Box 4474.

[47] "Sumário Final do Projeto MM-MOS-5 (Mossoró), Posto médico para emigrantes", AHFSSP, COC, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 62, Caixa 25; February Report of the Brazilian Field Party", apended to H. G. Baity to A. R. Dreisbach, May 5, 1944, Nara, RG 229, General Records, Central File, 1. Basic Economy, Central Files, Country Files, Brazil, Box 83.

[48] Semta, "Recrutamento de Mossoró: instrução de serviço", p. 1-2, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 55, Caixa 5.

[49] Paulo de Assis Ribeiro to Charles Wagley, February 20, 1943, AHFSSP, COC, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 18, Caixa 21. Tais alojamentos estavam localizados em Fortaleza, Sobral, Tinguá, Teresina, Coroatá e São Luís.

[50] "Instrução provisória para organização de turmas e ordem de marcha", 13 de fevereiro de 1943, AN, FPAR, AP 50, Doc. 10, Caixa 4; "Ao chefe de turma compete", AN, Soldados da Borracha, FPAR. Doc. 54, Caixa 5; "Relatório do material da mala de urgência", AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 46, Caixa 5, "Relação de pessoal que acompanhará as turmas R-14 a R-23", 3 de fevereiro de 1943, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 7.2., Caixa 4; "Relação de gêneros alimentícios para um homem na base de 3 refeições por dia", AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 48, Caixa 5.

[51] "Trip to Terezina via Sobral and Tianguá", p. 1-3, attached to Report on the Brazilian Field Party for Abril, 1943, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[52] "Finnal summary of project MM-COR-5" (Coroatá), p. 1, January 2, 1945, AHFSSP, COC, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 49, Caixa 24.

[53] Ribeiro, C. J. de A. "Relatório confidencial de observações feitas no Norte junto ao Semta", p. 6, AN, FPAR, PA 50, Doc. 17, Caixa 4.

[54] "February report for the Brazilian Field Party", p. 1, apended to H. G. Baity to A. R. Dreisbach, May 5, 1944, Nara, RG 229, General Records, Central File, 1. Basic Economy, Central Files, Country Files, Brazil, Box 83.

[55] "Trip to Terezina via Sobral and Tianguá", p. 4, attached to Report on the Brazilian Field Party for Abril, 1943, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[56] "Relatório geral da viagem Fortaleza-Sobral-Tianguá-Terezina-São Luís, efetuada no período de 24 de junho a 11 de julho de 1943, pelos doutores Fausto Pereiras de Guimarães e Jayme Lins de Almeida", p. 8-9, AN, FPAR, AP 50, Doc. 29, Caixa 4.

[57] "Finnal summary of project MM-COR-5" (Coroatá), p. 1, January 2, 1945, AHFSSP, COC, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 49, Caixa 24.

[58] "Sub-project description and final summary – Hospital and medical care at the Semta camp in São Luís, state of Maranhão", p. 1-2, January 2, 1945, AHFSSP, COC, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 50, Caixa 24.

[59] "Final summary of project MM-BEL-5-1 (Curro), Medical post for migrants", p. 1, AHFSSP, COC, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 40, Caixa 23.

[60] "General Comments", p. 1; "Medical Report", p. 2. In Report for the Brazilian Field Party for July, 1943, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[61] "Relação de gêneros alimentícios para um homem na base de 3 refeições por dia", p. 1-3, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 48, Caixa 5; Maria Novais Filha, "Pouso do Prado – cardápios", AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 47, Caixa 5.

[62] Maria Novais Filha, "Relatório do serviço de alimentação do pouso de Teresina", p. 1-2, Agosto 2, 1943, AN, FPAR, AP 50, Caixa 4.; Idem, "Relatório do serviço de alimentação do pouso de Prado", p.1, NA, FPAR, AP 50, Doc. 26, Caixa 4.

[63] "Pensador Hospital, Report of January 1946", p. 1-2, AHFSSP, COC, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 15, Caixa 20.

[64] "Report of the Brazilian Field Party for the month of August, 1943", p. 12, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[65] "Project description, MM-FOR-5-1, Alagadiço, Fortaleza, Ceará", p. 1-3, September 18, 1944, AHFSSP, COC, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 25, Caixa 21.

[66] "Final summary of project MM-TER-5 (Terezina), Medical post for transient migrants", p. 1, September 18, 1944, AHFSSP, COC, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 66, Caixa 25.

[67] "Report of the Brazilian Field Party for the month of August, 1943", p. 3, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[68] "Migration Program, medical report", p. 1, Iiaa, Division of Health and Sanitation, Report of May, 1943, Nara, RG 59, Decimal File, 1940-44, Box 4474.

[69] "Final summary of project MM-BEL-5-1 (Curro), Medical post for migrants", p. 8-9, AHFSSP, COC, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 40, Caixa 23.

[70] "Report for the Brazilian Field Party for the month of August, 1943", p. 14, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[71] "Project description, MM-FOR-5-1, Alagadiço, Fortaleza, Ceará", p. 2, September 18, 1944, AHFSSP, COC, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 25, Caixa 21.

[72] "Final summary of project MM-BEL-5-1 (Curro), Medical post for migrants", p. 2, AHFSSP, COC, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 40, Caixa 23; "Number of cases of certain specific diseases diagnosed in Sesp clinics in January, February, March, 1943 in DNI hostelries", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 21 (July 1943): 5; "O Programa da Migração em dezembro", *Boletim do Sesp*, n. 9 (maio 1944): 5.

[73] "Medical activities", p. 1. In "February Report for the Brazilian Party", apended to H. G. Baity to A. R. Dreisbach, May 5, 1944, Nara, RG 229, General Records, Central File, 1. Basic Economy, Central Files, Country Files, Brazil, Box 83.

[74] Ribeiro, J. C. "Sesp – Projeto Migração: Relatório de 1943", p. 40, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[75] "O Programa da Migração em dezembro", *Boletim do Sesp*, n. 3 (janeiro 1944): 5.

[76] "Atividades do Programa de Migração em março", *Boletim do Sesp*, n. 3 (janeiro 1944): 5; "Migrants Projects", p. 2, "Report for the month of February, 1944, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1601.

[77] Ribeiro, J. C. "Sesp – Projeto Migração: Relatório de 1943", p. 45-46, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[78] Cunha, J. "Memorandum to Dr. Hyman Zucheman on infant mortality at the DNI camp in Fortaleza", April, 1944, Attachment n. 1, Report on Amazon Program, Monthly Report of the Brazilian Field Party, April, 1944, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1601.

[79] "Brazil – Medical Care for Migrants Project", *Health and Sanitation Division Newsletter* n. 33 (December 1943): 1.

[80] "Finnal summary of project MM-COR-5" (Coroatá), p. 1-2, January 2, 1945, AHFSSP, COC, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 49, Caixa 24; Ribeiro, J. C. "Sesp – Projeto Migração: Relatório de 1943", p. 40-41, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[81] "Report for the Brazilian Field Party for November, 1943", p. 19, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[82] Ribeiro, J. C. "Sesp – Projeto Migração: Relatório de 1943", p. 41, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[83] Raul Garcia, "Observação de caráter médico do posto de São Luiz", Fevereiro 17, 1943, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 8, Caixa·4.

[84] Ribeiro, J. C. "Sesp – Projeto Migração: Relatório de 1943", p. 41, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600; "Finnal summary of project MM-COR-5" (Coroatá), p. 2, January 2, 1945, AHFSSP, COC, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 49, Caixa 24.

[85] "Medical Report, Migration Program", p. 2, Iiaa, Division of Health and Sanitation, Report, May 1943, Nara, RG 59, Decimal, 1940-44, Box 4474.

[86] Ribeiro, J. C. "Relatório confidencial de observações feitas ao norte junto ao Semta", p. 9 -12, Abril 8, 1943, AN, FPAR, AP 50, Doc. 17, Caixa 4; "Finnal summary of project MM-COR-5" (Coroatá), p. 1, January 2, 1945, AHFSSP, COC, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 49, Caixa 24; "Number of cases of certain specific diseases diagnosed in Sesp clinics in January, February, March, 1943 in DNI hostelries", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 21 (July 1943): 5.

[87] Ribeiro, J. C. "Sesp – Projeto Migração: Relatório de 1943", p. 45, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600; "Finnal summary of project MM-COR-5" (Coroatá), p. 1, January 2, 1945, AHFSSP, COC, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 49, Caixa 24; "Number of cases of certain specific diseases diagnosed in Sesp clinics in January, February, March, 1943 in DNI hostelries", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 21 (July 1943): 5.

[88] "Medical Report, Migration Program", p. 1, Iiaa, Division of Health and Sanitation, Report, May 1943, Nara, RG 59, Decimal, 1940-44, Box 4474.; "O programa de migração em dezembro", *Boletim do Sesp*, n. 3 (janeiro 1944): 5; "Report for the Brazilian Field Party, June, 1944", p. 12-13 , Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1601.

[89] "Medical Activities of the Migrant Project", p. 3, February Report of the Brazlian Field Party, apended to H. G. Baity to A. R. Dreisbach, May 5, 1944, Nara, RG 229, General Records, Central File, 1. Basic Economy, Central Files, Country Files, Brazil, Box 83. No campo de Teresina, devido às medidas de controle do Sesp, apenas 12 casos de malária foram registrados em 1943.

[90] "Pensador Hospital, report for June, 1946", p. 1, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Doc. 15, Caixa 20.

[91] "Report for the Brazilian Field Party for November, 1943", p. 19, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[92] Sérvulo Lima para Henrique Dória, Dezembro 20, 1944, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 15, Caixa 20.

[93] "Pensador Hospital, report for June, 1946", p. 2, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Doc. 15, Caixa 20.

[94] "Sesp: Atividades médico-sanitárias dos distritos sanitários de Porto Velho e Guajará-Mirim (Território de Rondônia), no período de 1943 a 1959, p. 7, maio 1972, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 82, Caixa 27; Faria, M. "Relatório de informações básicas, distrito de Guajará-Mirim", p. 2, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 36, Caixa 22.

[95] "Medical Report for Migrant Project", p. 1. In "Report for the Brazilian Field Party for February, 1943", Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599; Ribeiro, J. C. "Sesp – Projeto Migração: Relatório de 1943", p. 43, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600; "Brazil-Medical Care of Migrant Project", *Health and Sanitation Division Newsletter* n. 33 (December 1943): 1.

[96] "Brazil-Medical Care of Migrant Project", *Health and Sanitation Division Newsletter* n. 25 (September 1943): 3.

[97] "General Sanitation Projects-Brazil-Migration Program", *Health and Sanitation Division Newsletter* n. 38 (March 1944): 9; Fausto Pereira Guimarães, "Relatório sobre as condições de abastecimento de água nos pousos da linha Fortaleza-São Luiz", p. 1-2, Julho, 1943, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 53, Caixa 5.

[98] "Final summary of project MM-BEL-5-1 (Curro), Medical post for migrants", p. 2, AHFSSP, COC, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 40, Caixa 23.

[99] "Detailed report on the meningococcic meningitis epidemic which broke out in the camps in Belém (Curro and Tapanã)", p. 17, General Medical Attachment n. 6, Brazil, Monthly Progress Report, July 1944, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1601.

[100] "Report for the Brazilian Field Party, June, 1944", p. 7 , Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1601.

[101] "Mortalidade pelas causas nos diversos postos do Serviço Especial de Saúde Pública durante o ano de 1943", anexado a Ribeiro, J. C. "Sesp – Projeto Migração: Relatório de 1943", Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600. Os dados de Ribeiro não têm informações sobre o Semta e, portanto, não são absolutos.

[102] "Quadro demonstrativo de percentuais de óbitos ocorridos nos postos do Serviço Especial de Saúde Pública, entre as organizações DNI e Caeta, durante o ano de 1943", anexado a Ribeiro, J. C. "Sesp – Projeto Migração: Relatório de 1943", Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600. Caeta foi a organização que substituiu o Semta.

[103] "Trip to Terezina via Sobral and Tianguá", p. 1, attached to "Report on the Brazilian Field Party for Abril, 1943", Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy,

Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[104] "Project description-MM-FOR-5-2, infirmary and medical post at Prado camp in Fortaleza, state of Ceará", p. 2, September 18, 1944, AHFSSP, COC, Assistência Médico-Sanitária, Pasta 24, Caixa 21.

[105] "Relatório geral da viagem Fortaleza-Sobral-Tianguá-Terezina-São Luís, efetuada no período de 24 de junho a 11 de julho de 1943, pelos doutores Fausto Pereiras de Guimarães e Jayme Lins de Almeida", p. 10-11, AN, FPAR, AP 50, Doc. 29, Caixa 4.

[106] "Report for the Brazilian Field Party for the month of August, 1943", p. 5, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[107] "Migration Project, General Comments". In "Report for the Brazilian Field Party for July, 1943", p. 1, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[108] João Alberto a Gustavo Capanema, Ofício sobre dispensa de funções, 22 de Junho de 1943, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 28, Caixa 4; Depoimento de Paulo Assis Ribeiro em 13 de agosto de 1946, publicado no Diário da Assembléia de 24 de Agosto de 1946, col. 4, p. 4.315.

[109] Paulo A. Figueiredo to João Alberto, p. 2-3, Novembro 25, 1943, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 64, Caixa 5.

[110] "Migrants Program", p. 2, 5, Report of the Brazilian Field Party for the Month of September 1943, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[111] João Alberto para Paulo Assis Ribeiro, p. 2. Dezembro 1, 1943, AN, Soldados da Borracha, FPAR, Doc. 64, Caixa 5.

[112] "Note", January 11, 1945, Nara, RG 59, Decimal File, 1945-49, Box 5464; "Migration Program", p. 2. In "Report of the Brazilian Field Party for the month of November 1943", Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[113] "Acordo de serviço médico entre o Sesp e a Caeta", p. 1-3, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 17, Caixa 21. O acordo expirou em 31 de maio de 1944.

[114] "Atividades do Programa de Migração em março", *Boletim do Sesp*, n. 9 (maio 1944): 5; Telegram from the U. S. Embassy at Rio de Janeiro to the Department of State, April, 10, 1945, Nara, RG 59, Decimal File, 1945-59, Box 5465.

[115] "Têrmo do acôrdo entre a Comissão de Contrôle dos Acordos de Washington, o Departamento Nacional de Imigração, e o Serviço Especial de Saúde Pública, para a assistência médica nas hospedarias do Departamento Nacional de Imigração", p. 1-5, Julho 27, 1945. Os cinco postos foram incorporados ao Programa da Amazônia, do Sesp.

[116] Telegrama de Irinea Leando et al. para o Presidente da República, junho de 1944, AN, Soldados da Borracha, Fundo Gabinete Civil da Presidência da República, PR-22333, Caixa 3878.

[117] Telegrama de Rita de Almeida et al., para o Presidente da República, junho de 1944, AN, Soldados da Borracha, Fundo Gabinete Civil da Presidência da República, PR-22592, Caixa 3878.

[118] *Inferno Verde* é o título de um livro sobre o Amazonas, escrito por Alberto Rangel; Odálio Amorim, "30.000 covas na Amazônia", *Panflêto*, n. 5, 6 e 7, setembro e outubro de 1947, AN, FPAR, Caixa 47; "Tendencious article circulate to Assuncion press by Argentine news agency, ANDI", Dispach n. 2379, from the U.S. embassy at Assuncion to the Department of State, January 6, 1947, Nara, RG 59, Decimal File, 1945-49, Box 5465.

[119] Ribeiro, J. C. "Sesp – Projeto Migração: Relatório de 1943", p. 52, 55, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[120] Brasil, *Diário da Assembléia*, I, n. 153, Setembro 10, 1946.

[121] "Dispach n. 322", from the U. S. embassy at Rio de Janeiro to the Department of State, July 23, 1946, Nara, RG 59, Decimal File, 1945-49, Box 5465.

6

Minerais para a Guerra:

Os Programas do Rio Doce e da Mica

Segundo os Acordos de Washington, o Brasil comprometia-se a aumentar a produção de minério de ferro das minas de Itabira, em Minas Gerais, exportando-a pelo porto de Vitória, no Espírito Santo. Depósitos de ferro na Europa localizavam-se em territórios ocupados pelos nazistas, obrigando os ingleses a se valerem cada vez mais da produção brasileira. Além dos britânicos, também os americanos interessavam-se pelos minerais brasileiros.[1] Disposto a suprir a demanda crescente, o governo brasileiro criou, em 1942, a Companhia Vale do Rio Doce (CVRD). Esta incorporou a estrada de ferro Vitória-Minas, o único meio de transporte entre as minas e o litoral. Para reconstruir a estrada de ferro, cuja rota atravessava o vale do Rio Doce, o governo comissionou uma companhia norte-americana que empregou cerca de seis mil trabalhadores.[2] Assim como na Amazônia, a ação sanitária do Sesp no Rio Doce ajustava-se perfeitamente aos planos de *state and nation building* de Vargas. Se a fundação da Vale do Rio Doce – que viria a se transformar numa das maiores estatais brasileiras – e a reconstrução da estrada de ferro afinavam-se com os projetos de desenvolvimento econômico governamentais, o programa sanitário, ao fomentar a construção de uma rede de unidades de saúde, contribuía para a ampliação do "poder infra-estrutural do Estado" sobre o território nacional, com o poder público atuando em um outro 'sertão' do Brasil.[3]

Como no Amazonas, as doenças que assolavam o vale do Rio Doce constituíam-se em obstáculos àqueles planos econômicos. Exatamente num trecho onde a estrada de ferro precisava de maiores reparos, no alto vale do Rio Doce, um tipo bastante maligno de malária acometia a população.

A empresa americana responsável pela reconstrução da estrada avaliou que, em virtude da malária, para cada seis empregados efetivamente trabalhando, dez deveriam ser mantidos na folha de pagamento. O Export-Import Bank já havia sugerido a Nelson Rockefeller que organizasse um programa sanitário para o vale: "se as condições sanitárias (...) não forem melhoradas, a reconstrução da estrada de ferro será atrasada e grande parte dos trabalhadores trazidos de fora ficarão incapacitados para o trabalho".[4]

O Escritório preparou uma reunião no Rio de Janeiro para discutir a questão. Presentes, além do enviado do Iaia, estavam o ministro Capanema, um representante da Fundação Rockefeller e outro do Export-Import Bank. Capanema sugeriu que a Fundação Rockefeller organizasse o programa sanitário para o Rio Doce, porém seu representante declinou. A Fundação, naquele momento, já estava abandonando sua intervenção na área da saúde pública, no Brasil, para se concentrar no financiamento da educação médica e da pesquisa científica. Diante deste quadro, houve um consenso de que o Sesp se encarregaria do projeto de saneamento do vale,[5] em virtude do que um novo acordo seria assinado com o Iaia em 10 de fevereiro de 1943, com o estabelecimento do Programa do Rio Doce.

A área abrangida pelo Programa do Rio Doce era, comparando-se com a área do Programa da Amazônia, relativamente pequena – na verdade, não abrangia nem toda a região daquele vale, mas apenas o território em torno da estrada de ferro. O projeto limitava-se às três maiores cidades do vale: Governador Valadares, Aimorés e Colatina, com foco nos acampamentos de trabalhadores e nas pequenas vilas espalhadas ao longo dos 600 quilômetros da estrada de ferro.[6] Ainda conforme o contrato, o cuidado médico dos trabalhadores nas minas seria provido pela CVRD e não pelo Sesp.[7]

O Saneamento dos Campos de Trabalho

O Programa do Rio Doce dividia-se em duas frentes de ação: a primeira e mais imediata consistiu no saneamento dos acampamentos de trabalhadores espalhados pelos entornos de toda a extensão da estrada de ferro, o que incluía o controle de malária e o atendimento médico aos envolvidos na reconstrução da ferrovia. A segunda frente constava de um programa permanente de saúde pública a ser viabilizado nas vilas e cidades do vale, e implicou a construção de uma rede de unidades sanitárias, sistemas de águas e esgotos, hospitais e clínicas, além de formação profissional e educação sanitária.

Para empreender a primeira etapa do Programa, seu diretor, o médico americano James Knott, fez um levantamento das condições dos campos de trabalho. Apesar de longo, vale a pena transcrever o documento:

> O empreiteiro é responsável por construir os campos de trabalho: naturalmente ele gasta o mínimo que pode. Os homens solteiros são reunidos em grupos de 12 a 20 pessoas e alojados em barracões. As famílias são reunidas em barracões similares, com compartimentos para cada uma delas. Cerca de 40% dos trabalhadores estão com as famílias. Um acampamento (...) comporta entre 100 e 300 pessoas (...) e será ocupado por 12 a 18 meses. Os trabalhadores seguem o empreiteiro a cada contrato e podem ser chamados de *Brazilian Okies*. Eles são analfabetos e sempre estão sem dinheiro e em dívida. Se chove e não trabalham, não recebem.
>
> As casas são de sapê: paredes de barro e teto de folhas de palmeiras. O chão é de terra batida. Os compartimentos que dividem as 'casas' individuais são apenas da altura de um muro. Fumaça e insetos podem passar de um apartamento familiar para outro. A cozinha fica num espaço úmido, sem chaminé.
>
> Um espaço no teto é deixado para que a fumaça do fogão suba e, à noite, os mosquitos entram facilmente por este buraco. As janelas e portas das moradias são cobertas por folhas de palmeiras. Durante o dia, moscas entram e saem livremente. O interior das casas é escuro pois as janelas são pequenas e os muros estão sujos pela fumaça negra do fogareiro. As paredes de barro, logo abrem-se em frestas profundas onde insetos encontram refúgio.
>
> O acampamento, normalmente, é construído à beira de um riacho ou pântano para facilitar o fornecimento de água, que é simplesmente bombeada de lá. Não há banheiros. Durante o dia, as pessoas fazem suas necessidades no mato, porém, à noite, eles mal se afastam da entrada da casa. Certamente os riachos são poluídos. As mulheres, na falta de tanques, lavam as roupas diretamente nos rios, ficando dentro da água todo o tempo, expostas à contaminação de doenças. Os pântanos são, naturalmente, focos de anofelinos e, se alguém chegar no campo com malária, toda a população arrisca-se a ser infectada.
>
> Na medida em que estas pessoas não criam raízes, elas não têm o hábito de cultivar hortas. Sua dieta consiste d e feijão, arroz, mandioca, açúcar, café, milho, pão, carne de porco, carne seca, bananas, batata doce e abóbora. Tudo é comprado na venda do empreiteiro sob forma de

crédito. Leite para as crianças é impossível de se obter. As crianças são as que mais sofrem nestes acampamentos. Sua dieta é deficiente e elas estão constantemente expostas a disenterias e infecções intestinais. Estas doenças, ao lado da pobreza da alimentação, são a maior causa da alta taxa de mortalidade infantil nestes acampamentos.[8]

Diante de todo o exposto, o Sesp condicionou a construção dos campos de trabalhadores a requisitos mínimos, entre os quais: a escolha de lugar salubre para os acampamentos; uma casa com quintal para que cada família pudesse cultivar uma horta; as casas deveriam ter latrinas e proteção contra mosquitos; e um reservatório de água livre de contaminação em cada campo.[9] Os empreiteiros responderam que "estavam dispostos" a seguir as instruções sanitárias do Sesp, "desde que isto não aumentasse seus custos", e sugestionaram que a CVRD arcasse com as despesas decorrentes das exigências.[10]

Entretanto, apesar do apoio do diretor-médico e de outros funcionários graduados da CVRD, a direção da empresa não acatou a sugestão dos empreiteiros.[11] O resultado foi um impasse, o que obrigou o Sesp a buscar a adesão ao Programa negociando diretamente com cada empreiteiro.[12] James Knott, diante da intransigência destes, avaliou que se os empreiteiros "tivessem que pagar um salário de quatro dólares por dia, chova ou faça sol, teríamos um outro quadro. Neste caso, seria economicamente interessante proteger a saúde dos trabalhadores para aumentar sua produtividade."[13]

O Programa do Rio Doce enfrentou, pois, um desafio incial: o Sesp teve que negociar e convencer cada empreiteiro, além da CVRD, a adotar seus procedimentos sanitários nos campos de trabalho. Não temos informações sobre se todos aderiram aos pressupostos sanitários, porém segundo os dirigentes da agência os primeiros resultados positivos do trabalho começaram a aparecer já no início de 1944, quando o Sesp conseguiu determinar o lugar de 18 campos de trabalho – drenados e livres de focos de mosquitos –, além de construir casas com privadas e pequenos reservatórios de água.[14] Em 1945, o Sesp organizou os primeiros cursos para formação de inspetores sanitários com as tarefas de "ensinar a população dos campos a usar os equipamentos" e fornecer educação sanitária para as famílias.[15]

A avaliação dos resultados feita pelos documentos oficiais é bastante otimista. O relatório anual da CVRD do ano de 1949 registrou que, entre 1942 e 1949, a produção das minas de Itabira crescera 1.425%: o vale do Rio Doce, "saneado pelo esforço do Sesp e pelas melhorias empreendidas

pela CVRD, pode ser considerado, hoje, como uma das regiões de maior desenvolvimento em nosso país".[16]

O Controle de Malária

A malária se fazia presente em grande parte dos estados do Espírito Santo e Minas Gerais; e mesmo Vitória, a capital do Espírito Santo, não estava livre da doença.[17] Quando o Projeto Rio Doce começou suas operações, um surto de malária assaltava Governador Valadares, Minas Gerais. A epidemia começara em dezembro do ano anterior e, em janeiro de 1943, havia assumido proporções alarmantes. Uma inusitada temporada de chuvas ainda colaborou ainda mais para propiciar condições ótimas para o surto epidêmico.

Entretanto, tal como observamos para o Amazonas, o meio ambiente não se configurava no único responsável pela epidemia de malária em Governador Valadares: o maior foco de anofelinos da região havia sido produzido por atividade humana. Para completar o quadro epidêmico, houvera um intenso fluxo de migrantes atraídos pelas oportunidades de trabalho proporcionadas pelos investimentos na reconstrução da estrada de ferro. Os recém-chegados, com certeza, tiveram um importante papel no processo epidêmico, pois desde 1938 não se registrava na cidade um surto daquela magnitude. A epidemia atacou todos os bairros da cidade, com ainda pior sorte para os distritos mais pobres. Na cidade havia apenas uma farmácia, onde tabletes de atebrina eram vendidos a dois cruzeiros, um preço que poucos podiam pagar, considerando que a média do salário na região era de cinco cruzeiros por dia.

Em março de 1943, após uma intervenção do Sesp, a epidemia estava sob controle (Penido et al., 1948).[18] Tal como no vale amazônico, também o Rio Doce foi objeto de investigação epidemiológica e entomológica. O Sesp fez um levantamento em 50 localidades, disposto a obter informações sobre a distribuição da malária (Penido, 1947).[19] As pesquisas indicaram que nem todas as regiões do vale estavam infectadas pelo impaludismo: a doença se apresentava no alto e no baixo cursos da estrada de ferro – o médio curso da estrada, cobrindo os 200 quilômetros que iam de Colatina até a vila de Derribadinha e seguindo o curso do rio Doce, estava, portanto, livre de malária.[20] O baixo curso da estrada de ferro, situado entre Colatina e Vitória, era uma região malarígena com graus variáveis de intensidade. A rota mais alta da estrada de ferro, já no estado de Minas

Gerais, entre Derribadinha e Desembargador Drummond – uma área que incluía a cidade de Governador Valadares –, era o território mais malarígeno. Outra região livre encontrava-se ao sudoeste de Governador Valadares, entre esta cidade e Itabira, onde estavam as minas de ferro (Penido, 1947).[21]

O médio curso da estrada de ferro, apesar de livre de malária na década de 1940, fora castigado pela doença no início do século XX. Engenheiros que trabalharam na construção da estrada na década de 1910 deixaram relatos sobre os prejuízos que as epidemias provocavam, ao atacar os campos dos trabalhadores e vilas.[22] Já em 1922, os membros de uma expedição científica que por lá passaram não encontraram nenhuma evidência do paludismo. A explicação para o desaparecimento da doença parece estar nas mudanças no meio ambiente, efeito da colonização da área. O médio curso do vale é muito estreito e já estava completamente desmatado na década de 1920. Pântanos e outros focos de reprodução de anofelinos, que na década de 1910 ainda existiam, haviam desaparecido na década seguinte e, junto com eles, a malária (Penido, 1947).

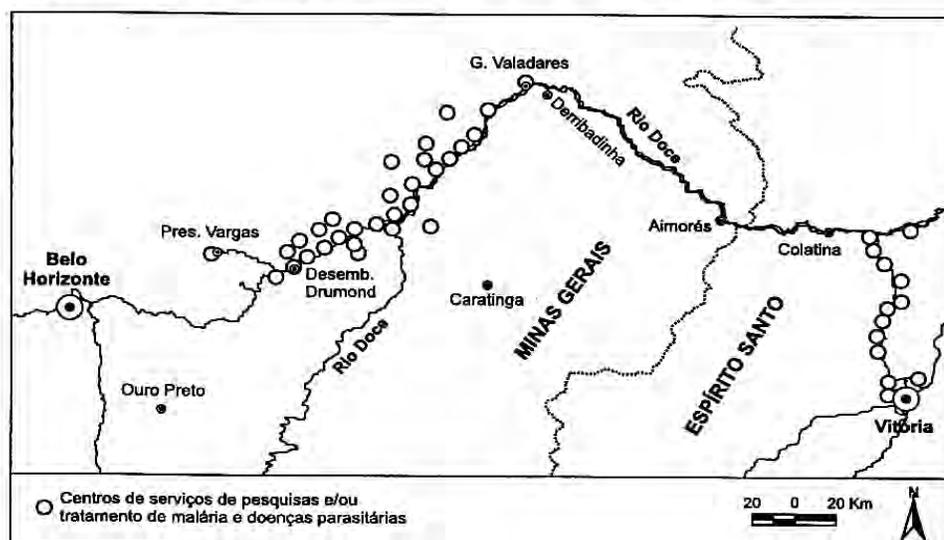
As pesquisas entomológicas conduzidas pelo Sesp ajuizaram que *darlingi*, *albitarsis* e *aquasalis* eram os três vetores no vale, sendo o *darlingi* o único transmissor no alto rio Doce, em que um posto de saúde especializado no estudo do *darlingi* foi estabelecido, na vila de Naque.[23] Na parte baixa da estrada de ferro, a transmissão de malária adquirira outras características: os pesquisadores do Sesp descobriram que o *albitarsis* e o *aquasalis* eram os principais vetores nessa região, apesar de o *darlingi* também ser lá encontrado. O *Anopheles albitarsis* achava-se limitado entre os contornos da cidade de Vitória, onde o terreno era particularmente recortado e pantanoso (Penido, 1947; Braga et al., 1948).

O vale do rio Doce foi partilhado entre duas divisões administrativas: a divisão de Colatina, responsável pela parte baixa, e a de Governador Valadares, gestora da parte alta do vale (Braga et al., 1948). Na divisão de Colatina, onde a malária era menos severa e onde se concentrava a maior parte do trabalho de reconstrução da ferrovia, o controle da doença fixou-se no saneamento dos acampamentos de trabalhadores (Braga et al., 1948). O Sesp distribuiu atebrina, estabeleceu postos de saúde, drenou áreas pantanosas e, após 1946, iniciou o uso de DDT nos campos, vilas e vagões de trens.[24] A distribuição de atebrina era supervisionada de uma forma impensável no Amazonas: "o guarda encarregado da distribuição do medicamento obrigava os trabalhadores a engolir o tablete na sua frente".[25]

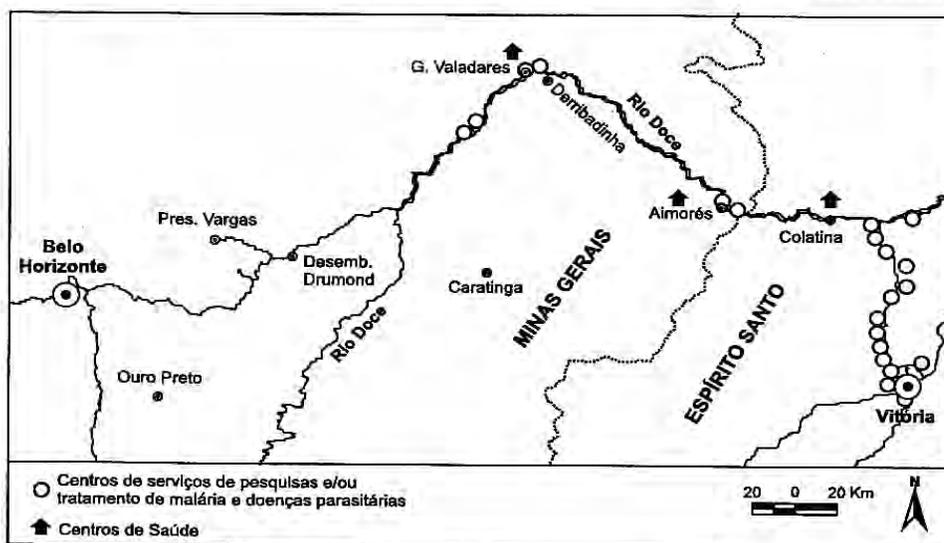
Na divisão de Governador Valadares, onde a malária atacava de maneira muito mais impiedosa, a estratégia do Sesp abrangeu não apenas os acampamentos de operários, mas também os núcleos de população do alto vale. As pesquisas sentenciaram que a transmissão da doença variava de acordo com duas bem marcadas temporadas: a estação da seca, quando o *darlingi* sobrevivia em seus focos residuais; e a estação chuvosa, quando o mosquito se disseminava para além desses focos (Penido, 1947).

Como o *Anopheles darlingi* requeria focos bem definidos de reprodução, que se reduziam durante a estação das secas, o Sesp decidiu erradicar esse mosquito do alto vale usando a estratégia bem-sucedida contra o *gambiae* no Nordeste brasileiro (Braga et al, 1948). Para isto, a divisão de Governador Valadares foi esquadrinhada em zonas e, em cada uma, os focos de reprodução foram numerados. Em seguida, procedeu-se a coletas para detecção de larvas do *darlingi*. Identificado um foco positivo, este era eliminado por meio de drenagem, aterro ou aspersão de verde-paris. Para assegurar que o foco não fosse reinfectado, inspeções periódicas eram realizadas. Após 1946, com o uso do DDT em regiões menos povoadas do vale, o *darlingi* foi erradicado (Penido et al., 1948; Braga et al., 1948), numa esperiência de erradicação que certamente contribuiu para fortalecer os partidários deste conceito, naquele momento.

O Programa do Rio Doce lançou também as bases de uma infra-estrutura sanitária de longo prazo, sendo sua direção e operação assumida por brasileiros. Em setembro de 1944, o médico Ernani Braga tornou-se diretor do Programa e, dos seus 763 subordinados, 756 eram brasileiros. Além das medidas emergenciais já apontadas, logo o Programa iniciou a construção de centros e postos de saúde, laboratórios, clínicas e hospitais, redes de abastecimento de águas e esgotos, além de latrinas e privadas nas casas das vilas. Em setembro de 1944, funcionavam três centros de saúde (Colatina, Governador Valadares e Aimorés) e 19 postos, espalhados pelo alto e baixo vale do rio Doce, além de equipamentos urbanos para o fornecimento de águas e esgotos (ver Mapas 3 e 4).[26] Para suprir de mão-de-obra as unidades, promoveram-se cursos de formação de enfermeiras, guardas sanitários, laboratoristas e visitadoras.

Mapa 3 - Sesp – Serviços médicos. Vale do Rio Doce (1943)

Digitalização: Rafael Chaves.

Adaptado de: Health and Sanitation Division. *Newsletter*, n. 39 (march 1944).

Mapa 4 - Sesp – Serviços de engenharia sanitária. Vale do Rio Doce (1943)

Digitalização: Rafael Chaves.

Adaptado de: Health and Sanitation Division. *Newsletter*, n. 39 (march 1944).

O Programa da Mica

A Guerra também provocou um aumento na procura por dois outros minerais encontrados no Brasil: a mica e o quartzo, utilizados, principalmente, em radares e rádios. A procura por mica cresceu em 1943, em parte porque os ingleses não foram capazes de manter o nível de sua produção na Índia e o governo dos Estados Unidos contratou a compra de toda a exportação daquele mineral no Brasil.[27] O Programa da Mica originou-se numa conferência do Office of Economic Warfare, em Washington, quando Rockefeller foi informado da necessidade do aumento da produção do mineral. O coordenador do Escritório instruiu o representante do Iaia no Brasil para que "todos os esforços médicos na região da produção de mica fossem encaminhados".[28] Em seguida, o Sesp instituiu, em outubro daquele ano, o Programa da Mica, com o objetivo de fornecer atenção médica às áreas de produção em Minas Gerais. Em janeiro de 1945 o programa foi ampliado e atingiu as regiões produtoras de quartzo no estado de Goiás.[29]

As minas de mica localizavam-se no vale do Rio Doce, com a produção centralizada em quatro distritos, sendo Governador Valadares o mais importante.[30] A produção das minas tinha uma duração muito efêmera: como observou Eugene Payne, geralmente uma lavra era explorada por apenas um ou dois anos e não era incomum se fechar uma mina "quase da noite para o dia se a qualidade do mineral não fosse satisfatória".[31] Por causa deste caráter transitório, investiam o mínimo possível tanto os donos de minas quanto os financiadores do programa do Sesp. Este foi encerrado assim que a demanda de guerra declinou.[32]

Outra característica da mineração de mica residia no caráter transiente da força de trabalho. Freqüentemente os trabalhadores desertavam para outras regiões, em busca de melhores condições de vida e trabalho ou fugindo de epidemias.[33] Dois membros da Missão Cooke assim descreveram as relações de trabalho prevalentes no setor:

> os concessionários (...) que exercem monopólio sobre certas áreas, contratam trabalhadores por um salário insignificante, que mal dá para suas despesas de alimentação e outros suprimentos, os quais são comprados em vendas operadas pelos mesmos concessionários".[34]

Tratava-se, aqui também, de uma relação de trabalho semelhante ao sistema de barracão dos seringais da amazônia. Entretanto, era muito mais fácil, no vale do rio Doce, escapar deste esquema do que no Amazonas: os relatos dão conta de constantes fugas de trabalhadores. A descrição

anterior retrata a situação numa mina de quartzo, mas é muito provável que nas minas de mica a realidade do trabalho fosse similar. Um funcionário do Iaia descreveu os donos das minas de mica como "comerciantes trapaceiros", cuja lógica era a de pagar "os menores salários e fazer o mínimo possível pelos trabalhadores".[35]

O Programa da Mica propôs-se a enfrentar desafios numa região assolada por "quase todas as doenças existentes no Brasil", sendo malária a mais prevalecente.[36] A primeira investigação sanitária nas minas acontecera entre abril e maio de 1943, sob responsabilidade dos médicos Henrique Penido e Eugene Payne, este último diretor do Programa. Viajando por um território ainda inexplorado, eles classificaram como doenças recorrentes a sífilis, a febre tifóide, a úlcera tropical, a ancilostomíase, a bouba, a malária e uma grande quantidade de doenças nutricionais, especialmente o béri-béri. Por seus debilitantes efeitos na força de trabalho, a malária foi considerada a doença mais importante da região e, em conseqüência, o alvo principal do Programa. Os médicos relatam que, de cada quatro minas de um distrito, três "estavam praticamente fechadas e a quarta prestes a fechar, em virtude de uma febre epidêmica, aparentemente malária, que causava fuga de trabalhadores".[37] Em algumas minas, como no caso de Perdido, norte de Governador Valadares, a abstenção de trabalhadores alcançava quase 100%. Ao lado da malária, epidemias de tifóide e varíola também atacavam a área, daí que a primeira intervenção do Sesp tenha sido a vacinação de todos os trabalhadores.[38]

Quando o Sesp estendeu o Programa da Mica para o estado de Goiás, abrangendo as áreas de produção de quartzo, enviou Eugene Payne numa viagem de reconhecimento sanitário que revelou que, apesar da ausência de casos de malária em Anápolis e Goiânia, as duas principais cidades de Goiás, a doença era endêmica no município de Peixe, um dos centros de produção de quartzo.[39] A nosologia de Peixe incluía também febre tifóide, doença de Chagas e ancilostomíase, além de doenças respiratórias e venéreas.[40] Na cidade de Cristalina, outro centro de produção de quartzo, Payne não encontrou o paludismo, mas registrou febre amarela, tifóide e uma doença conhecida popularmente como 'cholerina', além de um "tipo de febre chamada localmente de febre de lama". O médico não conseguiu precisar qual a doença que os locais chamavam de 'cholerina', mas a considerou de "grave importância", porque suas vítimas em grande maioria eram crianças. Quanto à febre de lama, Payne avaliou que pudesse ser febre ondulante ou brucelose.[41]

Os meios de transporte representavam um sério problema para as políticas sanitárias do Sesp nas áreas de mineração de quartzo e mica. Um médico registrou que a região da mica era "quase inacessível", sendo que raramente alguma mina era alcançada por estrada e muitas outras estavam localizadas "entre dois a cinco dias de viagem de mula" de uma estrada principal.[42] A dificuldade de transporte era tão grande que uma das propostas da Missão Cooke, em 1942, foi o uso de planadores e aviões de carga para transportar mica diretamente para os Estados Unidos.[43] Em 1943, quando a demanda por mica e quartzo cresceu, "aviões de carga voavam [dos Estados Unidos] diretamente para Governador Valadares".[44] O acesso à região ainda ficava mais difícil durante a estação chuvosa, quando grande parte dos alimentos lá produzidos deterioravam-se por falta de transporte.[45]

Em virtude do Programa da Mica ter um caráter explicitamente emergencial, não chegou a ser considerado um programa do Sesp, mas um "projeto especial do Iaia" administrado pelo Sesp. O Programa da Mica não obteve financiamento do Escritório e tampouco do Sesp, e sim do Federal Economic Administration, um orgão do governo americano.[46] Uma outra característica deste Programa, que o diferencia de outros do Sesp, foi sua ênfase em assistência médica: seu foco estava no tratamento emergencial de trabalhadores, no sentido de garantir a continuidade da produção. Não houve a preocupação de firmar as bases de uma estrutura sanitária permanente, como se deu nos programas do Amazonas e do Rio Doce.

Eugene Payne, ao enfatizar a necessidade de atendimento médico, avaliou que seria capaz de melhorar as condições de saúde dos operários se o Sesp empregasse seis médicos-ambulantes para percorrer a região "providos de mulas, equipamentos e drogas". O diretor do Programa também sugeria que, em cada mina, "um enfermeiro do sexo masculino seria capaz de conduzir as orientações do médico e providenciar atendimento de emergência". O mesmo sentimento expressava John Seddon, quando afirmou que "tentar construir um programa adequado para esta área seria proibitivo do ponto de vista econômico e muito difícil de ser mantido em virturde da falta de transportes e meios de comunicação". Seddon concordava com Payne, no entendimento de que a "coisa mais prática a fazer" seria organizar um serviço médico focalizado nas doenças mais importantes que pudessem ser prevenidas – com vacinas, por exemplo – e providenciar tratamento médico emergencial quando fosse viável.[47]

Este direcionamento do Programa da Mica fez com que seu diretor determinasse que a assistência médica aos trabalhadores seria fornecida unicamente em função do volume de produção de cada lavra. Em Teófilo Otoni, a produção de quartzo foi considerada "muito baixa" para merecer qualquer tipo de assistência médica.[48] Decisão diferente tomou-se no município de Peixe, Goiás, onde uma grande mina de quartzo foi descoberta em 1941. Na ocasião, o Sesp designou para lá um médico que operava um programa de assistência itinerante, "seguindo as minas que estão sendo abertas pelas grandes corporações".[49] Usualmente, organizava-se um posto médico a cada abertura de uma mina produtiva, como em Coqueiro, Minas Gerais, que, pela sua grande produtividade, mereceu a "instalação de um subposto".[50]

Se considerarmos apenas os objetivos econômicos, podemos considerar o Programa da Mica um sucesso. Houve crescimento de 50% da força de trabalho empregada nas minas e registrou-se uma diminuição do absenteísmo que, em seis meses, caiu de 30% para 13%.[51] O melhor exemplo do Programa foi a mina de Perdido, localizada numa área muito malárica e com uma alta taxa de absenteísmo. Em 1942, apenas oito pessoas lá trabalhavam; já em junho de 1944, o quantitativo era de 200 operários e a produção só fazia crescer.[52]

Os programas do Rio Doce e da Mica lograram êxitos diversos nos termos de um programa de saúde pública de longo prazo. O Programa da Mica teve um caráter imediatista: foi desmobilizado com o final da Guerra e não lançou bases para nenhuma infra-estrutura sanitária. Já no vale do Rio Doce, o controle de malária não só contribuiu para o incremento da produção de minério como também gerou resultados de longo prazo, pois além de auxiliar na incorporação econômica daquele território à economia nacional, estabeleceu as bases da infra-estrutura sanitária em pequenas e médias cidades do vale.

Foi no vale do Rio Doce que o Sesp experimentou um modelo de gestão de sistemas de águas e esgotos que viria a se tornar modelo nas décadas seguintes. Primeiramente, os sistemas de tratamento de águas em Colatina e Baixo Guandu (ES) e Governador Valadares, Aimorés e Conselheiro Pena (MG) foram construídos pelo Sesp e transferidos para a municipalidade, que, entretanto, não conseguiu manter o sistema, mesmo com a assessoria do Sesp. Posteriormente, encontrou-se uma alternativa, com a definição de autarquias municipais – uma estrutura jurídica mais flexível, com autonomia financeira e administrativa – denominadas

Serviços de Administração de Águas e Esgotos (Saaes), sob gerência do Sesp e contando com múltiplas fontes de financiamento.[53] Estes Serviços, que atingiram a marca de mais de 1.500 em todo o território nacional, constituíram as primeiras autarquias do país, e serviram de modelo para os sistemas de saneamento formulados nas décadas de 1950 e 1960. Os Saaes de Governador Valadares, Conselheiro Pena e Baixo Guandu foram os primeiros a serem inaugurados, ainda em 1952 (Rezende & Heller, 2002).

Neste sentido, o Programa do Rio Doce é bastante exemplar de como o Governo Vargas utilizou-se das políticas sanitárias do Sesp para o seu projeto de ampliação da autoridade do Estado e integração econômica do país. O depoimento de um ex-superintendente da FSesp confirma:

> não é numa cidade grande, mas são várias cidades médias, pequenas, que você vai fazer tudo. Vai botar água, vai fazer melhorias sanitárias (...) Então o que é aquilo? É uma área de valorização econômica que o país precisa que tenha alguma coisa ali dentro. Então, quantas nós fizemos? (...) Veja os vales. O vale do Amazonas, vale do Jaguaribe, vale do Parnaíba, vale do Rio Doce. Todos os vales onde havia um interesse especial, agrícola ou mineral ou o que fosse, estava o Sesp com a estrutura de saúde. (Villas Boas, 1995, apud Fonseca, 2000: 405-406)

Notas

1. Memorandum from R. K. West to James Drumm, July 11, 1942, Nara, RG 229, General Records and Central Files, 1. Basic Economic, Country Files, Brazil, Box 83; "Public health activities in the Rio Doce Valley, September 1942 to September 1944", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 64 (February 1945): 1; "Valley of the Rio Doce", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 137 (July and August): 1.
2. "O aproveitamento das riquezas do vale do Rio Doce", *Boletim do Sesp*, n. 17 (Dezembro 1944): 3; "Public health activities in the Rio Doce Valley, September 1942 to September 1944", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 64 (February 1945): 1.
3. Este argumento se inspira nas conclusões de Elisa Reis (1990). A autora se utiliza do conceito de poder infra-estrutural, de Michael Mann (in *The Sources of Social Power, vol. I: A History of Power from the Begginings to 1760 A. D.*, Cambridge: Cambridge University Press), para pensar a expansão da autoridade pública no Brasil durante a República Velha. Segundo Mann, o poder infra-estrutural refere-se à capacidade do Estado de penetrar no território e efetivamente implementar suas decisões na sociedade civil.
4. Memorandum from R. K. West to James Drumm, July 11, 1942, Nara, RG 229, General Records and Central Files, 1. Basic Economic, Country Files, Brazil, Box 83.
5. Memorandum from the Brazilian Division to the Coordinator, July 15, 1942, Nara, RG 229, General Records, Central Files, 1. Badic Economy, Country Files, Brazil, Box 83.

[6] Silva, O. J. "Rio Doce Project, General comments by the medical director", p. 1. In "Report of the Brazilian field party for the month of January, 1943", Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Montly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[7] "O aproveitamento das riquezas do vale do Rio Doce", *Boletim do Sesp*, n. 17 (Dezembro 1944): 3.

[8] Knott, J. L. "Master program for the Rio Doce Project", p. 1, 4-7, attached to "Report of the Brazilian field party for the month of January, 1943", Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Montly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[9] "Type of house approved by the Serviço Especial de Saúde Pública for use in laborers camps", attached to "Report for the Brazilian field party for December, 1942", Nara, RG 229, General Records, 1. Basic Economic, Country Files, Brazil, Box 83.

[10] J. L. Knott to B. M. Krug, p. 2, January, 12, 1943, attached to "Report for the Brazilian field party for December, 1942", Nara, RG 229, General Records, 1. Basic Economic, Country Files, Brazil, Box 83.

[11] "Report for the Brazilian field party for the month of November, 1943", p. 53, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[12] "Report for the Brazilian field party for July, 1943", p. 34, Nara, RG 229, Records of Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Montly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[13] Knott, J. L. "Master program for the Rio Doce Project", p. 8, attached to "Report of the Brazilian field party for the month of January, 1943", Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Montly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599.

[14] Cleary, E. J. "Way down the Rio Doce Vale: os trabalhos de saúde e saneamento", *Boletim do Sesp*, n. 8 (março 1944): 4; "The Health and Sanitation Division reports on its Rio Doce Program", *Health and Sanitation Division Newsletter*, , n. 64 (February 1945): 9.

[15] "Completion agreement of project RD-LAB-22", August 25, 1947, AHFSSP, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 30, Caixa 21.

[16] Demerval, J. P. et al. "Relatório da Companhia Vale do Rio Doce, S/A para 1949", p. 2, 18 de abril de 1950, appended to dispatch n. 972 from the U. S. Embassy to the Department of State, June 20, 1950, Nara, RG 59, Decimal File, 1950-54, Box 4656.

[17] U.S. Naval Observer at Vitória, "Malaria existent in all of Espírito Santo", 1, October 29, 1943, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, 2400, Box 210.

[18] Silva, O. J. da. "Report of the Brazilian field party for the month of January, 1943", p.1-5, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Montly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1599; "Brazil: Rio Doce Project", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 21 (July 1943): 6-7.

[19] "Medical Report of the Rio Doce Project", p.2, Iiaa, Division of Health and Sanitation, Report for May, 1943.

[20] "Report for the Brazilian field party for the month of November, 1943", p. 60, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[21] "Summary of diary of Dr. Knott, describing journey from Rio to Vitória via Belo Horizonte, Itabira, and down the Rio Doce Valley", p. 1, attached to "Report for the Brazilian field party for December, 1942", Nara, RG.229, General Records, 1. Basic Economic, Country Files, Brazil, Box 83.

[22] "Medical activities – Rio Doce Project", p. 3. In "Report for the month of January", 1944, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1601.

[23] "Rio Doce Valley Project", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 25 (September 1943): 6; "Rio Doce Project", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 30 (November 1943): 4.

[24] "Rio Doce Project", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 30 (November 1943): 9; "Public health activities in the Rio Doce Valley, September 1942 to September 1944", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 64 (February 1945): 2; "Rio Doce", *Boletim do Sesp*, n. 16 (novembro 1944): 10; "O programa do Rio Doce no primeiro trimestre", *Boletim do Sesp*, n. 12 (julho 1944): 5.

[25] "Report for the Brazilian field party for the month of November, 1943", p. 63, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[26] "Public health in the Rio Doce valley, september 1942 to 1944", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 64 (February 1945): 2

[27] "O aproveitamento das riquezas do vale do Rio Doce", *Boletim do Sesp*, n. 17 (Dezembro 1944): 4; "Report on the survey made by Dr. John W. Seddon on the mica mining region in the Governador Valadares area", p. 1, attached on "Report for the Brazilian field party for July, 1943", Nara, RG 229, Records of Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Montly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600; Coordinator of Interamerican Affairs, *Basic Data on the Other Republics*. Washington, D. C., GPO, 1945.

[28] Rockefeller to Christopherson, September 17, 1943, Nara, RG 229, General Records, Central Files 1. Basic Economy, Country Files, Brazil, Box 83.

[29] Christopherson, E. H. "Health and Sanitation Program in Brazil", p. 6, April 11, 1945, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1601.

[30] Payne, E. H. "Na região da mica", *Boletim do Sesp*, n. 14 (agosto 1944): 5.

[31] "Report on the survey made by Dr. John W. Seddon on the mica mining region in the Governador Valadares area", p. 1, attached on "Report for the Brazilian field party for July, 1943", Nara, RG 229, Records of Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Montly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600; Payne, E. H. "Na região da mica", *Boletim do Sesp*, n. 14 (agosto 1944): 5.

[32] Christopherson, E. H. "Health and Sanitation Program in Brazil", p. 6, April 11, 1945, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1601; O. K. D.

Ringwood and Olive Holmes, "Status of Brazilian – U. S. War Agreements", attached to *Foreign Policies Report*.

[33] "Report on the survey made by Dr. John W. Seddon on the mica mining region in the Governador Valadares area", p. 1, attached on "Report for the Brazilian field party for July, 1943", Nara, RG 229, Records of Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Montly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600; "Report on health inspection trip to the mica mines north and west of Governador Valadares", p. 2, attached to "Brazilian field party report for June, 1943", Nara RG 229. Records of Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[34] James M. Boyle and Márcio de Mello Franco to Morris L. Cooke, p. 3-4. October 23, 1942, FDR Library, Morris Cooke Papers (1936-1945), M.L.C. as chief of U. S. Technical Mission to Brazil, 1942, Box 283.

[35] "Report on the survey made by Dr. John W. Seddon on the mica mining region in the Governador Valadares area", p. 2, attached on "Report for the Brazilian field party for July, 1943", Nara, RG 229, Records of Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Montly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[36] Payne, E. H. "Na região da mica", *Boletim do Sesp*, n. 14 (agosto 1944): 5.

[37] "Report on health inspection trip to the mica mines north and west of Governador Valadares", p. 1-2, attached to "Brazilian field party report for June, 1943", Nara RG 229. Records of Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[38] "O aproveitamento das riquezas do vale do Rio Doce", *Boletim do Sesp*, n. 17 (Dezembro 1944): 4; Payne, E. H. "Na região da mica", *Boletim do Sesp*, n. 14 (agosto 1944): 5.

[39] Payne, E. H. "Crystal mining regions of Goiaz medical problems", p. 3, appended to dispatch n. 137 from the U. S. embassy to the Department of State, Rio de Janeiro February 7, 1945, Nara, RG 59, Decimal File, 1944-49, Box 5438.

[40] Sanches, A. "Viajando pelo interior de Goiás", *Boletim do Sesp*, n. 20 (março 1945): 4-5.

[41] Payne, E. H. "Crystal mining regions of Goiaz medical problems", p. 2-3, appended to dispatch n. 137 from the U. S. embassy to the Department of State, Rio de Janeiro February 7, 1945, Nara, RG 59, Decimal File, 1944-49, Box 5438.

[42] "Report on the survey made by Dr. John W. Seddon on the mica mining region in the Governador Valadares area", p. 1, attached on "Report for the Brazilian field party for July, 1943", Nara, RG 229, Records of Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Montly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[43] James M. Boyle and Márcio de Mello Franco to Morris L. Cooke, p. 4-5. October 23, 1942, FDR Library, Morris Cooke Papers (1936-1945), M.L.C. as chief of U. S. Technical Mission to Brazil, 1942, Box 283.

[44] Institute of Inter-American Affairs, *Brazilian quartz goes to war*, 35mm, 17 min, Ciaa, 1943, filmstrip, Nara, RG 229, Accession 3274; "Valley of Rio Doce", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 137 (July and August 1950): 1.

[45] Berle to the Secretary of State, Rio de Janeiro, July 25, 1945, FDR Library, Berle Papers, Ambassador to Brazil, 1945-46, Correspondence A-C, Box 74.

[46] John D. Yagley to Einor H. Christopherson, December 8, 1943, Nara, RG 229, General Records, Central Files, 1940-45, 1. Basic Economic, Country Files, Brazil, Box 83;

"Health and sanitation program in the mica mining areas in Brazil", appended to cover letter from William T. Thurman to Oitis E. Mulliken, March 1, 1944, Nara, RG 59, Decimal File, 1940-44, Box 4474.

[47] "Report on the survey made by Dr. John W. Seddon on the mica mining region in the Governador Valadares area", p. 2-3, attached on "Report for the Brazilian field party for July, 1943", Nara, RG 229, Records of Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Montly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1600.

[48] Eugene Payne, "No Programa da Mica", *Boletim do Sesp*, n. 23 (Junho 1945): 5.

[49] Sanches, A. "Viajando pelo interior de Goiás", *Boletim do Sesp*, n. 20 (março 1945): 6.

[50] "Report of the Brazilian field party for June, 1944", p. 172, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Box 1601.

[51] "Monthly report of the Brazilian field party, May, 1944", p. 35, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1601.

[52] "O aproveitamento das riquezas do vale do Rio Doce", *Boletim do Sesp*, n. 17 (Dezembro 1944): 4; "Montly progress report for July, 1944", p. 131, Nara, RG 229, Records of the Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Montly Progress Report of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1601.

[53] Entre as fontes, podemos citar o Bid (Rezende & Heller, 2002).

Parte III

Construindo Saúde Pública

7

O Sesp e o Iaia no Pós-Guerra:

estratégias e transformações

George Rosen (1994) encontrou as origens das políticas que hoje chamamos de 'saúde pública' no início da modernidade, quando a noção de que a saúde da população participa como requisito para a riqueza e o poder militar dos Estados nacionais torna-se recorrente entre os mercantilistas. Dos pensadores que relacionaram saúde e riqueza destacamos William Pety (1623-1687), o fundador da 'aritmética política'. Seus escritos estimularam estudos sobre a correspondência entre saúde e crescimento econômico e avançaram para além da premissa mercantilista de associar fecundidade a riqueza nacional. Pety recomendou que os governos promovessem saúde pública para incentivarem a capacidade produtiva e calculava, com sua 'aritmética política', as perdas econômicas derivadas de doenças e mortalidades precoces. Neste sentido, alguns o consideram o primeiro pensador a se utilizar de categorias que, mais tarde, seriam elaboradas de acordo com o conceito de 'capital humano' (Rosen, 1979; Weisbroad et al., 1973).

Os economistas clássicos reconheceram que a doença afetava a produtividade. As ações de saúde pública, contudo, não aparecem como conceito nos seus escritos e tampouco podemos achar, nos textos, argumentos de que caberia ao Estado melhorar as condições sanitárias. Não obstante, muitos estabeleceram fundamentos cruciais para futuras análises de políticas sanitárias. Quando Adam Smith e David Ricardo afirmaram, por exemplo, que a riqueza viria do trabalho e não da terra ou do comércio, transformou-se o trabalho em foco do processo de produção (Weisbroad et al., 1973; Braga & Paula, 1981). Esta nova perspectiva, segundo Mushkin (1962), teria influenciado o relatório de Edwin Chadwick, de 1842, sobre

as condições sanitárias da classe trabalhadora na Inglaterra, um dos textos fundadores do conceito de saúde como política de Estado.

Somente na tradição neoclássica vimos a saúde ser concebida como uma categoria econômica, e é a partir daí que os problemas sanitários passam a merecer a atenção dos economistas (Braga & Paula, 1981), embora estes não atribuíssem à saúde pública, conforme argumenta Weinsbrod et al., (1973), o mesmo valor do capital e da tecnologia para o crescimento econômico, talvez porque o olhar dos neoclássicos estivesse mais voltado para os países industrializados, onde já havia considerável melhoria das condições sanitárias. Apenas depois da Segunda Guerra Mundial, especialmente na década de 1950, a teoria do desenvolvimento elevou a saúde a uma posição-chave na equação do crescimento econômico, calcada num conceito de capital humano que permaneceria em elaboração ainda na década seguinte (Braga & Paula, 1981; Weisbrod et al, 1973; Mushkin, 1962).

Não há dúvidas de que o crescente interesse no 'desenvolvimento' e no 'subdesenvolvimento' levou economistas e políticos a dedicarem cada vez maior atenção à saúde como fator de crescimento econômico. Na década de 1950, profissionais de diversas áreas começam a pensar os problemas de saúde dos chamados países subdesenvolvidos nos termos de um 'ciclo vicioso da doença e da pobreza': as precárias condições sanitárias dos povos do Terceiro Mundo estariam na raiz da pobreza e do subdesenvolvimento. Portanto, seguindo a lógica sustentada no conceito de 'capital humano' – que sugeria o investimento no trabalho como ferramenta fundamental para o desenvolvimento –, os investimentos em saúde pública podiam quebrar o 'ciclo vicioso' (Weisbroad et al, 1973; Braga & Paula, 1981).

Assim, a saúde passou a ser considerada investimento para o desenvolvimento, instrumento de eliminação da pobreza e, na conjuntura de Guerra Fria, transformou-se em propaganda política contra o comunismo. Outras variáveis, como o baixo índice de educação, também passam a ser consideradas causas da pobreza a exigir investimentos em capital humano. Estas idéias foram compartilhadas pela Organização Panamericana de Saúde (Opas) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que abraçaram o conceito de ciclo vicioso da doença e da pobreza, acreditando que investimentos em saúde pública e educação sanitária poderiam promover o desenvolvimento (Weisbroad et al., 1973; Braga & Paula, 1981).

A teoria do ciclo vicioso era questionada: vários pensadores, especialmente nos países do Terceiro Mundo, duvidavam que a pobreza pudesse ser eliminada apenas com investimentos em saúde. Muitos economistas e

políticos brasileiros, sobretudo aqueles vinculados à Cepal, nas décadas de 1950 e 1960, compartilhavam desta visão crítica. Invertendo a equação do ciclo vicioso, argüiam que a pobreza encontrava-se na raiz dos baixos índices de saúde no Brasil; assim, só com desenvolvimento econômico e mudanças sociais conseguiríamos melhorar as condições sanitárias. O que nos importa ressaltar aqui é que o crescimento da consciência da saúde como fator de desenvolvimento foi uma das variáveis que permitiram ao Sesp sobreviver ao fim da Guerra, reorientar seus objetivos e engajar-se num projeto de construir saúde pública em regiões-alvo dos planos de desenvolvimento do Estado brasileiro.

O Iaia: reorientações no mundo do pós-Guerra

Apesar de o Escritório ter se originado das necessidades imediatas da Guerra, há indícios de que a agência fora planejada por Rockefeller como uma estratégia para o estabelecimento de relações de novo tipo com a América Latina, uma nova forma de defender os interesses norte-americanos no subcontinente. A expansão de mercados para produtos americanos exigiria que os Estados Unidos aceitassem que a América Latina – ou pelo menos seus países mais importantes – desenvolvessem uma economia mais complexa, deixando de ser apenas fornecedores de matérias-primas.[1] George Dunham, ao comentar o Programa do Rio Doce, afirmou que a cooperação iria sobreviver ao fim da Guerra porque "nem o Brasil nem os Estados Unidos podem pensar no desenvolvimento da mineração como um programa de curto prazo".[2] Em outro documento, a estratégia de longo prazo fica bem clara: "apesar deste programa ter sido concebido sob o medo da invasão alemã e planejado apenas para o Hemisfério ocidental, este projeto de saúde pública está emergindo como um modelo para a cooperação internacional num mundo de paz". A ação do Escritório era vista como um caminho para garantir prosperidade para os Estados Unidos porque "estava construindo mercados" na América Latina.[3] Blumental (1968) confirma que os programas do Escritório concebidos por Rockefeller objetivavam, sim, estimular o desenvolvimento econômico na América Latina, o que favoreceria a ampliação de mercados para produtos americanos, o intercâmbio continental e, supostamente, a estabilidade política do Hemisfério.

Esta perspectiva, porém, não era compartilhada por todo o governo norte-americano. Em diversas ocasiões, é possível perceber conflitos entre o Escritório e o Departamento de Estado, onde o tema era motivo de controvérsia.

O subsecretário de Estado A. Berle Jr. sempre apoiou a idéia de um programa de longo prazo, chegando a enunciar, em 1940: "eu acredito que estamos fazendo alguma coisa muito maior do que tomar conta de uma emergência. Eu penso que estamos forjando um novo método de lidar com questões internacionais".[4] Em posição diversa, o secretário de Estado Cordell Hull declarou em 1942: "tenho muitas reservas sobre (...) continuar estas atividades (...) uma vez que a presente situação de emergência seja resolvida e o orçamento especial acabe".[5] As divergências sobre a continuidade dos programas do Escritório não se limitavam ao Departamento de Estado – existiam também dentro do Congresso (Erb, 1985).

As expectativas daqueles que apostavam na estratégia de longo prazo do Escritório estiveram em alta quando Rockefeller foi nomeado secretário-assistente de Estado, no início de 1945. Antes, em 1943, numa conjuntura que apontava para a extinção do Escritório ao término da Guerra, Rockefeller e seu grupo já tencionavam a continuidade dos programas, com base no apoio de organizações privadas e outras agências de governo.[6] No final de 1944, o secretário Cordell Hull foi substituído por Edward Stettinius Jr.; este convidou Nelson Rockefeller a ocupar o cargo de secretário-assistente para assuntos latino-americanos. Neste contexto, o Iaia foi reorganizado, tendo George Dunham deixado a direção da Divisão de Saúde e Saneamento para presidir o Instituto, cargo anteriormente ocupado por Rockefeller.[7] Com Rockefeller como secretário-assistente, o ambiente parecia favorável à sobrevivência do Escritório; entretanto, logo Stettinius seria substituído por Spruille Braden, que não compartia do posicionamento de Rockefeller (Duggan, 1949). Diante desta reviravolta, um funcionário do Escritório registrou sua insegurança:

> desde que voltei aos Estados Unidos, tenho encontrado muita confusão (...). Mas há uma forte corrente no governo que defende que alguma forma de programa (...) internacional é uma permanente necessidade e que outras atividades devem continuar.[8]

No final da Guerra, podemos perceber a fragilidade do Escritório pelas mudanças administrativas e pela demissão de Dunham da presidência do Iaia. Rockefeller, por sua vez, também se demite do cargo de secretário-assistente, em 25 de agosto de 1945; no dia 31 do mesmo mês, o presidente Truman transfere para o Departamento de Estado algumas funções do Escritório. Em 10 de abril de 1946, o Executivo extingue o Escritório e suas corporações – com exceção do Iaia, alocado sob o Departamento de Estado.[9] O coronel Arthur R. Harris foi então nomeado presidente do Iaia e,

apesar de suas declarações a favor do programa sanitário, mostrou desconhecê-lo completamente e definiu-se como um 'observador atento' dos trabalhos do Instituto. Harris não era um médico sanitarista como Dunham, e edificara sua carreira no governo como adido militar em vários países das Américas Central e do Sul.[10] Harris presidiria o Iaia até dezembro de 1947, quando foi trocado por Dillon S. Meyer. A nomeação deste último também nos sugere a reorientação da política quanto ao Iaia: apesar de o programa mais importante do Instituto, até então, ser o de saúde e saneamento, seu novo presidente, como o anterior, não possuía nenhuma experiência em saúde pública, sendo formado em agricultura.[11]

No ato de extinção do Escritório, Truman assegurou que iria preservar a política da Boa Vizinhança, completando os programas então realizados pelo Iaia.[12] O discurso, ambíguo, não mencionava como se daria a continuidade das políticas após o término dos contratos. O Iaia recebeu com otimismo a fala presidencial, dado o que seu diretor declarou:

> Minha intuição é que existe a mesma chance de extensão dos programas em vigor como havia no passado. Depende do trabalho de convencimento que fizermos sobre a necessidade destes programas, tanto nas outras Repúblicas como no Departamento de Estado e no Congresso.[13]

Tudo permanecia, entretanto, indefinido; aqueles envolvidos com os projetos se questionavam se o Iaia sobreviveria a 1947, ano em que os contratos bilaterais iriam expirar (Erb, 1985).[14]

O primeiro homem que deveria ser convencido da utilidade do Iaia era o próprio secretário de Estado. Este resolvera consultar os representantes do Instituto nos países latino-americanos sobre os benefícios dos acordos. O representante do Iaia no Brasil, o médico Eugene Campbell, respondeu que os programas eram importantes "na promoção da melhoria das relações interamericanas e dos princípios de saúde estabelecidos pela ONU". Campbell esclareceu que os projetos do Iaia eram "muito apreciados entre os governos locais", além de serem bastante úteis para "demonstrar os princípios de nosso modo de vida". O médico também lembrou ao secretário que o fim dos programas poderia trazer "retrocessos no controle de epidemias e doenças transmissíveis", o que seria prejudicial também para os Estados Unidos.[15]

O Departamento de Estado também enviou Andrew Corry como emissário especial à América Latina, para uma sondagem junto aos embaixadores norte-americanos; entre estes, havia um consenso de que os programas deviam continuar. O embaixador no Rio de Janeiro foi enfático:

"há um sentimento geral de que o programa no vale do Amazonas foi bem-sucedido, mas que o trabalho realizado nos últimos cinco anos foi apenas um começo e abandoná-lo seria jogar fora tudo o que foi investido".[16] No seu relatório, Corry afirmou que o Instituto representava uma conquista importante da Política da Boa Vizinhança. O convencimento do secretário de Estado garantia, assim, a sobrevivência do Iaia junto ao Departamento (Erb, 1985).

Além das vantagens políticas relacionadas à 'boa vontade', no plano internacional, para com os Estados Unidos, outros argumentos em apoio ao prosseguimento do programa de saúde surgiriam no pós-Guerra. Os interesses econômicos eram fartamente explicitados pelo Escritório desde 1940: a expansão de mercados para produtos importados com a melhoria das condições de saúde e saneamento na América Latina. Um outro argumento, ainda que bastante familiar ao imaginário norte-americano, tornou-se mais recorrente depois da Guerra: a ameaça de epidemias, originárias de países pobres, sobre os Estados Unidos. Se não bastasse, o programa sanitário seria politicamente bastante útil no panorama geopolítico da Guerra Fria.

O crescimento dos mercados latino-americanos para produtos de saúde e saneamento acabou sendo bastante utilizado, nos Estados Unidos, para defender a manutenção do Iaia e de seus programas. Junto com a razão econômica, difundia-se também o novo sentido de 'cooperação' que deveria reger as relações entre os povos no pós-Guerra. O programa de saúde era apontado como um modelo para a 'cooperação internacional', tendo por objetivo aumentar o padrão de vida e saúde no mundo. Enfatizava-se uma 'tendência' para empreendimentos com capitais associados, com a finalidade de "desenvolver os recursos do hemisfério e construir indústrias que trarão prosperidade a toda a América", contribuindo para a "expansão do comércio" e garantindo uma "futura prosperidade".[17]

Campbell alardeou que o programa sanitário no Brasil proporcionava um incremento no mercado de "drogas, equipamentos médicos e hospitalares, material de construção, além de equipamento e produtos voltados para saneamento urbano".[18] Também nesta direção, Herman Baity, um engenheiro sanitário que trabalhou no Sesp, defendeu o "gasto governamental (...) nos programas de melhoramento das condições de saúde nas Américas Central e do Sul", e antecipou que "negócios substanciais" na América Latina poderiam ser realizados graças aos "investimentos feitos nos últimos cinco anos pelo programa de saneamento".[19]

Outro argumento bastante utilizado para defender o programa encontrava-se na ameaça que doenças originárias de outros países do Hemisfério podiam representar para os Estados Unidos. Antigo no imaginário norte-americano, como mostrou Alan Kraut em *Silent Travelers* (1994), este temor transformou-se em tema de segurança com o desenvolvimento acelerado dos meios de transporte – particularmente o aéreo –, nas décadas de 1940 e 1950. Como afirmou Baity: "um único mosquito trazido da América do Sul num aeroplano, ou um caso de febre amarela trazido de alguma remota região do Amazonas, pode provocar uma epidemia nos Estados Unidos".[20] Para George Dunham, os Estados Unidos deveriam manter-se em alerta sanitário "constante nas Américas", como "medida de segurança" para a própria população americana.[21] Ainda nesta linha, o presidente da Fundação Rockefeller definiu que, depois do desenvolvimento dos transportes modernos, a saúde pública deveria ser encarada como uma 'questão internacional', que demandava medidas supranacionais.[22]

A utilidade política dos programas do Iaia na América Latina reforçava a sua manutenção. O ocaso da Segunda Guerra Mundial e o início da Guerra Fria fizeram emergir um novo alvo; antes empregado contra os nazistas, o programa sanitário tornou-se importante peça na batalha contra o comunismo, por constituir uma "ação real e efetiva contra os efeitos da ideologia estrangeira".[23] Subjazia a esta tese a noção de que a propaganda soviética poderia ser enfrentada pela melhoria das condições econômicas e de saúde dos povos latino-americanos. Um embaixador americano afirmou que o programa sanitário "enfatizava a grande importância das nossas relações com o Brasil, [especialmente] no combate às atividades e ideologias comunistas neste país".[24]

O uso político do Iaia aparece muito claramente num depoimento de Williard Bearlac, embaixador norte-americano no Paraguai:

> acredito que a ação cooperativa demonstrou seu valor como padrão de colaboração intergovernamental (...). Extremistas contrários ao nosso sistema de governo estão capitalizando a pobreza e ignorância de milhões de pessoas no mundo (...). [Assim,] a cooperação técnica é uma excelente estratégia para influenciar estes milhões de subprivilegiados, para sua vantagem e para a nossa própria (...). Então, se esta técnica pode ser utilizada com sucesso, o dinheiro que temos gasto nestes programas na América Latina será completamente justificado.[25]

A percepção sobre a serventia dos programas do Iaia consolidou-se dentro do governo americano no ano de 1947. Para isto contribuiu, como

demonstrou Escobar (1995), uma conjuntura internacional e um ambiente cultural marcados pela 'ressignificação' do mundo, que a "invenção do desenvolvimento" veio trazer. A reestruturação das relações de poder a nível internacional, a hegemonia dos Estados Unidos e a Guerra Fria são elementos constitutivos daquele momento, quando se forjou a crença de que o mundo estava destinado a um "encontro com o desenvolvimento", o que, segundo Escobar, inaugurou um "regime de representações" com a capacidade de "colonizar a realidade", trazendo novos significados para conhecidos conceitos. Com isso, houve uma 'redescoberta' da pobreza, que passou a ser vista como um problema global, de pobres e ricos, e que, portanto, deveria ser 'vencida' pelo 'desenvolvimento'.[26]

Os parâmetros de desenvolvimento advinham dos padrões, condições de vida, valores e perspectivas dos países industrializados, tomados como espelho para o resto do mundo. Havia uma crescente consciência de que a prosperidade dos Estados Unidos dependia, cada vez mais, dos países subdesenvolvidos do chamado 'Terceiro Mundo' – outro conceito inventado naquele momento, segundo Escobar. Como a característica fundamental do subdesenvolvimento era a 'pobreza' – que o Banco Mundial definira, em 1948, como a situação dos países com uma renda *per capita* inferior a cem dólares –, fazia-se necessário combatê-la; se o problema era de 'renda insuficiente', a solução estava no crescimento econômico. Porém, como fazer com que os países pobres atingissem o desenvolvimento, deixando para trás a pobreza? Por meio de capital, tecnologia e ciência – em que se inclui a medicina. A transferência destas condições de desenvolvimento para o Terceiro Mundo dar-se-ia mediante uma 'cooperação internacional', outra categoria que passa a circular no discurso da época.[27]

Uma outra variável que compõe a conjuntura política e cultural do pós-Guerra é o grande desenvolvimento biomédico ocorrido entre 1935 e 1950. Antes de 1934, apenas três doenças infecciosas (sífilis, malária e doença do sono) podiam ser tratadas com drogas eficientes, e existiam somente duas vacinas eficazes: a da varíola e a da difteria. Nas décadas de 1940 e 1950 houve um importante desenvolvimento de drogas como as sulfas, a penicilina e os antibióticos. Também se criaram vacinas altamente efetivas, como a 17D, contra a febre amarela. Ao término da Guerra, o DDT parecia tornar possível a eliminação de insetos vetores de doenças, especialmente a tão temida malária (Yekutiel, 1980). O resultado desta série de conquistas científicas e tecnológicas no campo da medicina e da

saúde pública fomentou um ambiente de 'otimismo sanitário', ou seja, a crença de que a ciência e as novas tecnologias poderiam eliminar as doenças infecciosas, trazendo o progresso. Este otimismo não se restringiu à comunidade médica e científica, mas refletiu-se entre os políticos e a opinião pública em geral. Seu desdobramento foram as campanhas regionais e mundiais de erradicação de doenças. Em 1955, por exemplo, a Organização Mundial de Saúde aprovou a proposta de erradicação internacional da malária, abandonada em 1969. Apenas em meados da década de 1960, aliás chamada pela ONU de 'década do desenvolvimento', os ânimos otimistas arrefeceram (Garret, 1995; Majori, 1999).

O otimismo sanitário e a cultura do desenvolvimento contribuíram para o estabelecimento de uma relação entre saúde e desenvolvimento, pela qual a saúde pública exercia um poderoso papel na erradicação de doenças que debilitavam os trabalhadores dos países subdesenvolvidos. A campanha mundial pela erradicação da malária, encampada pela Organização Mundial da Saúde em 1955, é emblemática desta pespectiva. O que nos interessa apontar aqui é o discurso que associava saúde ao desenvolvimento, pois tal relação, como mostra Packard & Brown (1997), é mais valiosa como um princípio cultural do que como uma variável cientificamente testada.

O IV Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária revela com bastante nitidez o ambiente cultural que acabamos de descrever. No dia 12 de maio de 1948, instalou-se solenemente no auditório do Departamento de Estado, em Washington, o IV Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária, para o qual cerca de 48 países enviaram um total de dois mil delegados. O Brasil fez-se representado por alguns de seus malariologistas mais conceituados, como o dr. Leônidas Deane. Não é comum que políticos e militares compareçam a encontros científicos, geralmente província de especialistas. Deste modo, a importância política deste Congresso pode ser avaliada não apenas pelo fato de este ter sido realizado sob os auspícios do Departamento de Estado, mas também pelo fato de seu discurso de abertura ter sido pronunciado pelo general George Marshall, então todo-poderoso secretário de Estado e estrategista do Plano Marshall.

Em sua saudação inicial, Marshall nos dá algumas pistas sobre o porquê da importância da saúde pública no imediato pós-Guerra. Ao enfatizar os avanços científicos e tecnológicos ocorridos durante a Guerra, Marshall expressou sua preocupação com a interdependência social

provocada por doenças infecciosas: "Podemos agora voar ao redor do mundo em menos tempo do que o exigido para a incubação da maioria das moléstias". E, ainda num tom que lembrava os tempos da Boa Vizinhança, prosseguiu: "Não há maneira de escapar às conseqüências dos males e infortúnios uns dos outros. Não há alternativa aceitável, a não ser a de aprendermos a viver juntos, em harmonia e bem-estar. Os verdadeiros inimigos do Homem são as doenças".[28]

Além da interdependência social provocada pelas 'doenças que pegam', Marshall também indicou a interdependência econômica como razão para que a colaboração internacional fosse efetuada no campo da saúde pública. O discurso do desenvolvimento, que então começava a circular de forma mais sistematizada entre os formuladores de políticas públicas, identifica os interesses envolvidos na fala do secretário de Estado. Marshall lembrou que as chamadas 'regiões tropicais' produziam uma boa quantidade das matérias-primas de que necessitavam "as áreas industriais das zonas temperadas", e que, ao mesmo tempo, estas fabricavam artefatos industriais consumidos naquelas regiões. Entretanto, continuava o general, "o potencial dos trópicos permanece essencialmente por desenvolver", em função das limitações impostas pelas doenças tropicais. Marshall enfatizou ser possível visualizar o "grande aumento da produção de alimentos e matérias-primas", além do "grande estímulo ao comércio mundial, que resultaria da vitória sobre as moléstias tropicais". Concluiu afirmando que o empecilho ao desenvolvimento colocado pelas moléstias tropicais não era insolúvel, do ponto de vista médico. Restava agora "convencer os governos e os povos" da tarefa de "controlar e erradicar" as moléstias tropicais mediante uma política internacional de cooperação.[29] O que o secretário de Estado propunha era simplesmente a 'erradicação' das doenças tropicais do planeta, projeto que se refletiu nas campanhas mundiais de erradicação durante as décadas de 1950 a 1970.

Ainda como parte deste ambiente cultural otimista, temos a fundação, também no ano de 1948, da Organização Mundial de Saúde (OMS). Quando, em 1945, a Conferência Internacional de São Francisco aprovara a criação da Organização das Nações Unidas, também se havia votado pela criação de uma organização de saúde internacional dentro da ONU.[30] Estabelecida nesta conjuntura otimista do pós-Guerra, a OMS tornar-se-ia a mais importante organização internacional de saúde até a década de 1990, quando perde espaço para o Banco Mundial (Brown, Cueto & Fee, 2006).

Em suma, o ambiente internacional do pós-Guerra favoreceu a manutenção dos acordos bilateriais entre o Sesp e o Iaia. Por volta de 1947-1948, o programa de saúde e saneamento do Iaia já era apontado como um modelo para muitos programas de 'cooperação internacional' utilizados na verdade para estimular o desenvolvimento e fazer frente à ameaça do comunismo. O pioneirismo do Escritório no uso de 'técnicas de cooperação', como se referiu Wiliard Bearlac aos programas do Iaia, logo municiaria a luta contra um novo inimigo, no pós-Guerra: o comunismo.[31]

Se até 1945 houve resistência no Departamento quanto a mudanças nas tradicionais relações de dependência da América Latina para com os Estados Unidos, em 1947 já se encontram sinais de aceitação do fato de que 'modernizar' estas relações seria mais vantajoso para os Estados Unidos. O Departamento de Estado, portanto, é convencido da validade do Iaia e de seus programas como um instrumento poderoso da nova política externa norte-americana. Um boletim do Departamento de Estado expressa bem essa nova perspectiva:

> o desenvolvimento econômico (...), particularmente dos países cujos recursos estejam ainda relativamente subdesenvolvidos, irá aumentar as oportunidades de emprego, aumentar a produtividade do trabalho, ampliar a demanda por bens e serviços, contribuir para a estabilidade econômica, expandir o comércio internacional e aumentar os níveis de renda, estreitando os laços internacionais de acordo e entendimento.[32]

O Departamento de Estado então reorganiza o Iaia e propõe a continuidade dos seus programas cooperativos por mais cinco anos, considerando que a posterior permanência daquele Instituto seria avaliada "no tempo apropriado" (Erb, 1985: 267). Entretanto, apesar de o Congresso ter votado a reorganização do Iaia nos moldes sugeridos pelo Departamento de Estado, os legisladores não estavam completamente persuadidos da utilidade dos programas de cooperação, o que causou a redução de seu prazo de existência para três anos, ou seja, até 30 de junho de 1950 (Erb, 1985).[33]

A batalha pela manutenção do Instituto e seus programas ainda prosseguiria no Congresso, com o apoio do Departamento de Estado. Este, em 1948, publicou uma série de ensaios enaltecendo a importância do Iaia para a política externa norte-americana no pós-Guerra. Os ensaios indicavam a "fome, a doença e a ignorância" como os maiores sócios da "tirania moderna"; associavam a segurança dos Estados Unidos ao desenvolvimento econômico da América Latina; e apontavam o caminho da 'cooperação

internacional' como o novo padrão da política externa norte-americana. Seu autor identificava no Iaia um modelo para esta nova política, enfatizando que o sucesso de seus programas era evidente na "assistência a Grécia e Turquia". Argumentava, ainda: "o entendimento mútuo" resultante daqueles programas "constitui uma barreira para a disseminada propaganda de ódio", além de fomentar uma constante "ampliação de mercados (...) para equipamentos agrícolas, drogas e material hospitalar". Finalmente, os ensaios afirmavam que a estratégia do Departamento de Estado era a de "retirar-se daqueles programas tão logo eles tenham se estabilizado", de forma a assegurarem uma continuidade sob a responsabilidade dos governos locais. Ou seja, a mensagem era: o Iaia deve existir enquanto os programas necessitarem da presença de técnicos e dinheiro norte-americanos.[34]

Os partidários desta nova abordagem saíram-se vitoriosos, e o Iaia não apenas sobreviveu ao término da Segunda Guerra como serviu como matriz da agenda de assistência global, o Ponto IV anunciado pelo presidente Truman no seu discurso de posse em 1949: a "pobreza [dos povos] é uma ameaça para eles e para as áreas mais prósperas do mundo, [e é necessário] tornar acessível aos povos amantes da paz os benefícios de nossa tecnologia, de maneira a ajudá-los a realizar uma vida melhor." Por fim, arremata o presidente: "O que vislumbramos é um programa de desenvolvimento" (Truman, apud Escobar, 1995, p. 3).

Entre o final da Segunda Grande Guerra e 1949, o foco da política externa norte-americana havia sido a Europa, como mostrou a presença americana na Grécia, na Turquia e o Plano Marshall. O início da recuperação econômica européia e a Guerra Fria, porém, reorientaram a atenção dos Estados Unidos para o chamado Terceiro Mundo. O Ponto IV formalizava a política norte-americana de "assistência para o desenvolvimento" aos países pobres e reconhecia que o "esforço cooperativo" orientado para o "desenvolvimento econômico" promoveria os interesses dos Estados Unidos. A idéia era a de que o desenvolvimento elevaria o padrão de vida dos povos do Terceiro Mundo e representaria uma importante arma de combate contra a propaganda comunista.[35]

A tradição e a narrativa do Iaia foram resgatadas a ponto de tornarem-se, oficialmente, a pedra angular do Ponto IV. Como declarou, em 1959, o diretor, no Brasil, da Administração de Cooperação Internacional dos Estados Unidos, "o Ponto IV nasceu na Amazônia".[36] O princípio do Ponto IV, atribuído à tradição do Iaia, estabelecia que a cooperação para o

desenvolvimento seria assegurada a partir da análise das condições locais e de parceria econômica e técnica entre os Estados Unidos e os governos dos países assistidos. Os técnicos norte-americanos cuidariam de assessorar e treinar os locais até estes adquirirem conhecimento especializado. A fórmula se consagrou e o Iaia tornou-se a agência responsável pela administração do Ponto IV na América Latina, expandindo antigos programas e elaborando outros (Erb, 1985).

Quando o Congresso dos Estados Unidos postergou a existência do Iaia até 30 de junho de 1955, um acordo de cinco anos foi assinado entre o Instituto e o Sesp. As notas diplomáticas que prepararam a assinatura do novo contrato mencionaram "o programa de assistência técnica para o desenvolvimento, popularmente referido como o Ponto IV do presidente Truman".[37] Os programas do Iaia no Brasil passaram, então, a fazer parte do Ponto IV. O chefe do 'pessoal de campo' celebrou a notícia:

> Todo nosso conhecimento e procedimentos já avaliados, junto com todo o nosso aparato administrativo, tornaram-se, agora, parte de um programa muito maior de assistência técnica [objetivando ajudar] todas as nações desejosas de melhorar as condições sociais e a capacidade produtiva de seu povo (...). O Instituto de Assuntos Interamericanos (...) tornou-se, agora, parte de uma organização global devotada à mesma finalidade.[38]

Embora com atraso, o Congresso aprovou a política de cooperação internacional já praticada pelo governo norte-americano. Em 1951, com o Ato de Segurança Mútua, a casa legislativa começava a debater uma política global de assistência fundamentada na segurança nacional. O Senado organizou uma Comissão Especial para Estudo do Programa de Ajuda Externa, liderada por Max Miliken e Walter Rostow que, ao término de seus trabalhos, em 1956, publicou o chamado 'Relatório Rostow'. O relatório referendava que a ajuda econômica, se orientada dentro de uma agenda maior de assistência, seria capaz de estimular o desenvolvimento econômico e ser útil como instrumento de luta contra a União Soviética (Hellingter, et. al., 1988). Como resultado, o Iaia e seus programas não apenas sobreviveram até o fim da década de 1950, como a política de assistência sobreviveu ao próprio Instituto, com diferentes nomes e sob diversas agências administrativas.

Ao assumir a presidência, em janeiro de 1953, Dwight Eisenhower enviou seu irmão, Milton Eisenhower, à América do Sul, com a missão de

avaliar os programas cooperativos. Seu relatório sugeriu a extensão do programa de saúde e saneamento, porém recomendou aos Estados Unidos deixarem o projeto assim que o país cooperativado pudesse dirigi-lo por si mesmo – o que já fora proposto pelo Departamento de Estado.[39] O contrato entre o Iaia e o Sesp foi prorrogado por mais cinco anos, com início em junho de 1955.[40] Em setembro de 1955, o embaixador norte-americano no Rio ponderou: "não seria desejável começar um processo gradual de retirada das contribuições americanas, visto que o Sesp está bem estabelecido"?[41] Em 1958, o diretor da Missão Norte-Americana no Brasil declarou que o Sesp perderia seu caráter bilateral em dois anos. O Acordo Básico foi, ainda uma vez, prorrogado, até 30 de julho de 1960, quando finalmente foi encerrado.[42]

Com o fim do acordo com o Iaia, o Sesp tornou-se uma fundação, na medida em que, sob esta nova condição jurídica, "seria possível não apenas a sua continuidade mas também a manutenção de suas características".[43] A Fundação Serviço Especial de Saúde Pública surge da Lei n. 3.750, assinada pelo presidente Juscelino Kubistcheck em 11 de abril de 1960.[44] A agência celebrou a assinatura da lei como uma vitória, uma prova do alto nível de reconhecimento ao Sesp no legislativo brasileiro.[45] Em julho de 1960, 18 anos após a assinatura do primeiro acordo com o Iaia, a sede da Fundação foi inaugurada em Brasília, numa cerimônia reunindo autoridades brasileiras e americanas.[46] Durante a cerimônia, Howard Cottan, diretor do Ponto IV no Brasil, afirmou: "Esta cooperação (...) começou em 1942 (...). Meus colegas e eu estamos honrados em testemunhar o advento da Fundação Sesp e meu governo espera uma notificação diplomática para continuar a cooperação".[47] De fato, a cooperação se conservaria por intermédio de outras agências norte-americanas e internacionais, tais como a Aid For International Development (AID), a Aliança para o Progresso, a Organização Panamericana de Saúde (Opas) e a Organização Mundial de Saúde (OMS). A Fundação Sesp acabaria dissolvida em 16 de abril de 1991 (Bastos, 1993).[48]

2. Sesp: Nova Estratégia no Brasil

A capacidade do Sesp de sobreviver ao contexto imediato em que fora inserido quando de sua criação deve ser compreendida a partir da conjuntura internacional de Guerra Fria e de expansão da cultura do desenvolvimento.

Sua permanência no cenário político da saúde pública, no entanto, não se inscreve apenas no atendimento dos interesses internacionais; ao contrário, o programa de saúde e saneamento fincara fortes raízes no Brasil – como nos lembra Stern (1998), as variáveis locais interagiam com as variáveis externas. Os interesses locais manifestavam-se em diversas frentes: no Congresso Nacional, nos legislativos estaduais, nos consulados norte-americanos, junto à embaixada, no Rio de Janeiro, em congressos científicos e nos fóruns internacionais. No Brasil, os defensores do projeto apregoavam a necessidade de continuidade do trabalho em saúde pública, os efeitos benéficos produzidos na relação entre Brasil e Estados Unidos e, na linguagem da Guerra Fria, os efeitos políticos no combate ao comunismo. Entretanto, havia outra justificativa de enorme apelo no país – aquela que apontava para o papel do Sesp nos projetos de desenvolvimento implementados pelo Estado brasileiro.

Não à toa, constantemente as indefinições sobre a sobrevivência do Iaia refletiam-se no Sesp. Relembrando, o primeiro contrato entre o Iaia e o Sesp fora assinado em 17 de julho de 1942. Um seguinte, assinado em 23 de novembro de 1943, ainda sob as condições de guerra, estendeu o programa até 31 de dezembro de 1948.[49] O esforço do governo brasileiro em manter a cooperação pode ser percebido pela atitude do ministro da Educação e Saúde, Clemente Mariani, que em junho de 1947 propôs a prorrogação do acordo por "três anos ou um tempo maior".[50] A iniciativa do brasileiro contou com o apoio do representante do Iaia no Brasil, que acreditava que "a extensão deste programa por um período menor do que cinco anos prejudicaria seu sucesso".[51] Entretanto, tudo dependia de uma decisão do congresso norte-americano: em julho de 1947, o Departamento de Estado informava ao embaixador no Rio de Janeiro: "nenhuma decisão relativa à extensão dos programas é possível até que o congresso legisle".[52]

Os anos de 1948 e 1949 foram particularmente críticos para o Sesp: o acordo com o Iaia terminaria em dezembro de 1948 e, não havendo uma garantia de sua renovação, a própria sobrevivência do Iaia para além de junho de 1950 tornava-se duvidosa. Funcionários das duas agências pressionavam para a continuidade dos programas. O diretor da Divisão de Saúde e Saneamento do Iaia procurou, em abril de 1948, o ministro da Educação e Saúde; este autorizou Marcolino Candau, então superintendente do Sesp, a negociar diretamente com os representantes americanos.[53] Em junho do mesmo ano, a diretoria do Instituto reuniu-se e

aprovou a seqüência do programa de saúde no Brasil. Entretanto, o Congresso americano, apesar de concordar com a continuidade do programa para o ano de 1949, reduziu seu orçamento, autorizando apenas contratos "por um período de não mais de um ano".[54] Tais decisões incitaram uma atmosfera de insegurança no Sesp.

Diante deste cenário, o Sesp engendrou uma campanha no Legislativo brasileiro, na imprensa e por diversos encontros nacionais e internacionais. Em março de 1948, a delegação brasileira na Conferência de Bogotá pediu à delegação americana que intercedesse pelo programa de saúde. Os brasileiros recorriam ao argumento de que a ação cooperativa representava um excelente instrumento contra a 'ideologia estrangeira', e que o trabalho do Iaia na América Latina foi uma das mais visíveis ações da Política da Boa Vizinhança.[55] Também dentro do Senado brasileiro houve pressões: a casa alertou o Executivo para a proximidade do término do acordo com o Iaia, enfatizando que a interrupção do programa "poderia trazer sérios prejuízos para a saúde pública".[56] A pressão pela sobrevivência do Sesp também foi alardeada via imprensa. Em maio de 1948, *O Jornal* alertava que o trabalho do Sesp corria "séria ameaça", pois o congresso americano reduzira o orçamento do Iaia e limitara seus contratos a prazos anuais.[57] Muito dessa movimentação na imprensa recebeu a cobertura do *Boletim do Sesp*, que acompanhava a publicação de artigos sobre o trabalho cooperativo.[58]

A pressão pela manutenção do Sesp foi forte na região norte do Brasil, onde a agência plantara raízes com o Programa da Amazônia. Em setembro de 1948, o cônsul americano em Belém registrava a "grande preocupação" da população da cidade, "pelas notícias nos jornais (...) de que o programa sanitário (...) estava ameaçado" posto que não havia nenhuma previsão de recursos para o Sesp "no orçamento nacional brasileiro para 1949".[59] O Legislativo do Pará aprovou uma moção de apoio à continuidade do Sesp e solicitou à Câmara Federal que garantisse recursos para a agência. Vários deputados federais da região amazônica tensionaram para que fundos para o Sesp fossem incluídos no orçamento federal, numa campanha acompanhada de perto pelos jornais da região.[60] A ação foi suficiente para que o ministro da Educação e Saúde, Clemente Mariani, manifestasse "estar surpreso" com o lapso no orçamento, e declarasse que "o Senado resolveria o problema".[61] De fato, em novembro de 1948, uma comissão especial do Senado incluiu no orçamento da União para o ano seguinte recursos destinados ao Sesp.[62]

Outra fonte de ansiedade para os funcionários do Sesp foram os acordos semestrais assinados com o Iaia entre dezembro de 1948 e junho de 1950. Este período de insegurança iniciou-se em outubro de 1948, quando o Departamento de Estado comunicou ao embaixador no Rio de Janeiro que o "Instituto continuaria sua participação no programa cooperativo por um período de seis meses".[63] A razão destes contratos semestrais residia na indefinição do Congresso americano quanto ao tema, mas também refletia as preocupações dos americanos com a crise orçamentária que o Sesp vivenciava em 1948. Como se não bastasse, havia um complicador: a diferença do ano fiscal entre Estados Unidos e Brasil. Enquanto naquele país o ano fiscal vai de 1°. de julho de um ano a 30 de junho do ano seguinte, no Brasil o ano fiscal coincide com o calendário civil (1°. de janeiro a 31 de dezembro), o que fazia com que, para efeitos práticos, os Estados Unidos estivessem sempre "seis meses atrás do Brasil no orçamento do programa".[64] Neste clima de tensão, o representante do Iaia no Brasil chegou a pedir ao Departamento de Estado que não deixasse o programa de saúde chegar ao ponto de "tornar-se um bate-boca político e provocar mal-estar nas relações [entre os dois países] apenas por ignorância dos fatos".[65]

Uma série de artigos publicados no *Boletim do Sesp* entre o final de 1948 e o início do ano seguinte dão o testemunho da ansiedade dos funcionários e da batalha travada na imprensa pela continuidade do Sesp.[66] Um dos jornalistas que se destacou em defender o acordo sanitário foi Edmard Morel, sendo seu artigo 'Arrancando a Amazônia das garras da morte' reproduzido em "diversos jornais brasileiros". O texto denunciava que o trabalho de saneamento na Amazônia encontrava-se ameaçado porque o Sesp estava "prestes a fechar as portas", e conclamava a sociedade civil a apoiar sua causa.[67] Em março de 1949, o superintendente do Sesp foi recebido no Rotary Clube de Belém, onde, além de solicitar apoio, advertiu: "todos os contratos estão pendentes e os projetos em andamento não têm garantia de continuidade".[68] Entretanto, ao final do ano, a percepção de Campbell era de que o perigo havia sido debelado: "passamos este ano em crise (...). Parece-nos razoavelmente certo agora que [o programa] de saúde pública terá um planejamento futuro de pelo menos cinco anos".[69] Ele se referia à lei assinada pelo presidente Truman, estendendo a existência do Iaia até 30 de junho de 1955.

O aspecto essencial para a continuação do Sesp foi o papel que a agência desempenhou ao fornecer saúde pública em regiões 'subdesenvolvidas' do

país, particularmente no Nordeste e na Amazônia, duas regiões-alvo das experiências de planejamento regional do Estado brasileiro na década de 1950. A preocupação com o desenvolvimento econômico no Brasil só fez crescer a partir da década de 1940. Além das iniciativas do primeiro Governo Vargas – como o Plano Especial de Obras Públicas e o Aparelhamento de Defesa Nacional, em 1939, e a Coordenação de Mobilização Econômica, de 1942 –, o país conheceu, entre 1943 e 1948, o Plano de Obras e Equipamentos. Também são dignas de registro a presença das duas missões econômicas patrocinadas pelos governos americano e brasileiro: a Missão Cooke (1942-1943), um desdobramento dos Acordos de Washington; e a Missão Abbink (1948), ambas influenciadas pelo pensamento econômico neoclássico e encarregadas de pensar o desenvolvimento econômico do Brasil.

Como já dissemos, no pós-Guerra o desenvolvimento tornou-se uma categoria fundamental a orientar as ações governamentais no sentido de erradicação da pobreza. Aqui, torna-se necessária mais uma qualificação: ao lado do conceito de desenvolvimento, o conceito de planejamento servia como uma outra idéia-força a orientar os governos dos países subdesenvolvidos. O desenvolvimento exigia planejamento, o que implicava coordenação de esforços, métodos e políticas sob a direção do Estado. Assim, a crença no planejamento estatal se fortalece ao mesmo tempo em que surgem várias agências, nacionais e internacionais, voltadas para o desenvolvimento. Estas tornaram-se domínio dos técnicos, especialistas que, imbuídos de uma racionalidade científica e administrativa, estavam encarregados de planejar o futuro (Escobar, 1995). Portanto, a preocupação com o desenvolvimento veio associada à noção de que ao Estado caberia planejar e coordenar os esforços em direção ao mundo industrial, especialmente em países como o Brasil, onde o liberalismo ortodoxo nunca havia deitado raízes profundas e onde a crença de um empresariado fraco reforçava a idéia do Estado como agente da modernização.

A idéia de planejamento estatal como instrumento para atingir o desenvolvimento materializou-se na presidência de Eurico Gaspar Dutra (1947-1951), como atesta o Plano Salte (um acronímio para Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), produzido por um grupo de técnicos, incluindo especialistas em saúde pública (Lafer, 2002; Pinho & Fanganiello, 1960). A necessidade de planejamento econômico aprofundou-se na década de 1950, sobretudo no segundo Governo Vargas (1951-1954), quando

se organizou o Plano Lafer (1951), além de diversos planos regionais de desenvolvimento, e na presidência de Juscelino Kubischeck de Oliveira (1956-1960), com o Plano de Metas. Ainda dentro do Ponto IV, os governos do Brasil e dos Estados Unidos organizaram, em 1951, a Comissão Mista Brasil-Estados Unidos para o Desenvolvimento Econômico, objetivando estudar os 'problemas do desenvolvimento' da economia brasileira, estabelecendo prioridades e projetos. Além desta, o Governo Vargas criou a Assessoria Econômica, um conselho de economistas, engenheiros e planejadores, encarregados de assessorar o presidente nos projetos de desenvolvimento nacional. Quando, portanto, Kubistcheck chegou ao poder em 1956, já havia um qualificado quadro técnico brasileiro formado na concepção do desenvolvimentismo, o que facilitou a formulação e a implementação do Plano de Metas (D'Araújo, 1982; Cardoso, 1977; Benevides, 1976).

Um subproduto da experiência planejadora central foi o planejamento regional, que ganhou vigor com a Constituição de 1946. O planejamento regional tinha como objetivo desenvolver as regiões mais subdesenvolvidas do país, integrando-as à economia nacional. As regiões-alvos destes planos foram, principalmente, o nordeste, a Amazônia e o vale do São Francisco. A Constituição de 1946, imbuída das idéias de 'desenvolvimento' e 'valorização econômica', originou o Conselho Nacional de Economia, um passo decisivo na política de integração de regiões 'subdesenvolvidas' à economia nacional. A Constituição assegurou os aparatos jurídicos e financeiros para a política governamental de desenvolvimento regional, especialmente para Amazônia, vale do São Francisco e nordeste. No total dos artigos desta Carta, 14 envolviam, direta ou indiretamente, a obrigação do governo de planejar e desenvolver.

O Sesp beneficiou-se da 'cultura do desenvolvimento' do pós-Guerra, vinculando-se fortemente aos projetos governamentais. Em janeiro de 1949 o Sesp assinou acordos com os estados da Paraíba, Pernambuco e Bahia para "organizar serviços de saúde pública em áreas de importância econômica e treinar profissionais para os departamentos de saúde estaduais".[70] Em 1948, o governo federal organizou a primeira experiência de planejamento regional do país, a Comissão de Valorização do Vale do São Francisco (CVSF). Não tardaria para o Sesp assinar, em maio de 1950, o primeiro contrato com a CVSF, encarregando-se de promover saneamento e serviços de saúde pública no vale com os recursos provenientes daquela Comissão (Vargas, 1952). O Sesp enfatizou que o acordo tornava-se

possível graças ao interesse do governo federal em "incorporar o enorme potencial econômico do vale no progresso brasileiro", enquanto a CVSF declarava: "o plano de saneamento e saúde pública deve seguir o objetivo econômico" da Comissão.[71] No ano seguinte os contratos foram ampliados para contemplar os cinco estados do vale do São Francisco: Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, Sergipe e Alagoas, onde o Sesp foi encarregado de organizar serviços de saúde e saneamento. O contrato seria renovado em 1956.[72] As políticas de desenvolvimento para o Nordeste aprofundaram-se na administração Juscelino Kubitschek; enquanto a CVSF se restringia ao vale do São Francisco, a Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (Sudene), criada por Kubistchek, abrangia todo o Nordeste (Oliveira, 1977).

O Sesp também beneficiou-se das políticas de desenvolvimento para a Amazônia elaboradas na década de 1950, valendo-se da Constituição de 1946, que previra recursos especiais para o desenvolvimento daquela região. Rezava o artigo 199: para a "valorização econômica da Amazônia a União aplicará (...) quantia não inferior a 3% de sua renda tributária". O mesmo deveria ser feito pelos estados e municípios da região.[73] Do final dos anos 40 até a década seguinte, desenvolveram-se outras culturas comerciais na Amazônia – pecuária, mineração e exploração da castanha. A borracha, neste processo, perde seu papel primordial na economia do vale, mantendo-se como atividade significativa apenas no Acre e na Rondônia de fins da década de 1950.

Desde 1951, a direção do Sesp entabulava negociações com o Executivo federal sobre o papel da agência na política oficial de "valorização econômica da Amazônia".[74] Quando, em 1953, o Governo Vargas criou a Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA), o Sesp passou a destinatário dos recursos previstos na Constituição, provendo serviços de saúde e saneamento na região atendida pela SPVEA (Ferreira, 1989). O objetivo do Plano era desenvolver e diversificar a economia regional, ocupar as fronteiras e formar uma 'sociedade estável'; para tanto, os investimentos no 'fator humano' eram considerados fundamentais, incluindo-se saúde e educação. Pelo convênio firmado entre a SPVEA e o Sesp, aquela entidade incorporaria todos os "trabalhos de saúde pública executados pelo Sesp no vale Amazônico a partir de 1942, (...) desde a assistência às populações ribeirinhas até as grandes obras de engenharia sanitária". (Filho, 1955: 173). Ainda sob a vigência do Programa de Emergência, que antecedeu o primeiro Plano Quinqüenal da SPVEA, a distribuição

orçamentária garantiu para a rubrica 'saúde' 26% dos recursos destinados ao programa. Isto equivalia ao mesmo percentual reservado para 'transportes, comunicação e energia'. Os dois itens acima eram, pois, os mais favorecidos pelos investimentos, seguidos pela rubrica 'pecuária, agricultura e colonização', que abocanhava 20% do total dos aportes (D´Araújo, 1992: 50).

Uma nova expansão do Sesp na Amazônia efetuou-se em 1955 com o Plano Qüinqüenal da SPVEA, quando a agência assinou contratos com os governos do Maranhão, Goiás e Mato Grosso objetivando organizar serviços sanitários nos municípios que faziam parte da chamada Amazônia Legal. Os contratos previam a instalação de variados tipos de serviços públicos – hospitais, centros de saúde, estações de tratamento de água e esgotos, além de saneamento de vilas – nos principais centros econômicos e demográficos da região.[75] A Amazônia Legal foi dividida em 27 regiões, que representavam zonas política e economicamente estratégicas. Com poucas variações em relação ao Plano de Emergência, o Plano Qüinqüenal identificou sete setores como objetos de investimentos, sendo "saúde, saneamento, abastecimento d'água, campanhas preventivas contra doenças, assistência à maternidade e infância, e bioestatística" a terceira prioridade do Plano, contando com cerca de 19% do orçamento, abaixo apenas das rubricas 'agricultura' e 'transportes, comunicação e energia', cada uma com 22% do orçamento (D´Araújo, 1992).

Como parte do esforço do Sesp em diversificar suas atividades e ampliar suas alianças para outras áreas do sistema de saúde pública, a agência também desenvolveu projetos nos campos da higiene industrial e da engenharia sanitária. No campo da higiene industrial, o Sesp, com a assessoria de um técnico americano, elaborou um programa, em parceria com o governo do estado do Rio de Janeiro, que resultou na criação, em 1952, do primeiro laboratório de higiene industrial do Brasil. Pelo acordo, a agência administraria o programa até que o estado estivesse capacitado tecnicamente a dirigir o laboratório. Um acordo similar foi assinado, em 1957, com o Serviço Social da Indústria de São Paulo (Taylor & Gondim, 1955).[76]

O campo da engenharia sanitária foi um dos que mais mereceu a atenção do Sesp a partir da década de 1950, quando a agência vinculou-se fortemente aos projetos desenvolvimentistas do Estado brasileiro. Sem esconder o intuito final de estimular "a produção industrial e agrícola", os programas de abastecimento de água e de saneamento básico voltavam-se

para a diminuição da mortalidade infantil e da incidência de doenças transmitidas por água contaminada.[77] Estas doenças eram apontadas como um dos maiores problemas de saúde a serem enfrentados no Brasil, na medida em que eram "extremamente debilitantes para a capacidade individual de trabalho".[78] No governo Juscelino Kubistschek, o Sesp recebeu recursos locais, além de financiamentos de programas de desenvolvimento regionais como o do vale do São Francisco e o da Valorização da Amazônia, para resolver "o problema do abastecimento d'água em grande número de núcleos de população do nosso hinterland" (Kubitschek, 1959: 11).

Os projetos de abastecimento de águas e de esgotos variavam conforme as condições locais. No interior do Amazonas, a alternativa foi a construção de pequenos reservatórios supridos com moinhos ou bombas de água, enquanto nos centros urbanos construiram-se grandes sistemas de abastecimento e purificação de água com tecnologia norte-americana. Um bom exemplo do sucesso da empreitada está no vale do rio Doce, cujas cidades cresceram bastante depois da reconstrução da estrada de ferro. Lá, o Sesp edificou modernos sistemas de abastecimento com equipamentos importados dos Estados Unidos. O modelo para a implementação destes sistemas era similar ao de outros acordos: o Sesp e a administração local assinavam um contrato segundo o qual à agência cabia formar mão-de-obra técnica qualificada para gerir o sistema, construí-lo e entregá-lo à administração do município. Os municípios, contudo, revelaram-se incapazes de gerenciar este modelo, que acabou substituído pelo sistema de autarquias municipais – os Serviços de Administração de Águas e Esgotos (Saaes), administrados pelo Sesp e que contava com múltiplas fontes de financiamento (Rezende & Heller, 2002). Estes serviços iriam se espalhar por centenas de municípios e constituíram-se nas primeiras autarquias do país, um padrão seguido nas décadas de 1950 e 1960. O primeiro serviço foi acordado em 1952, com a prefeitura da cidade de Governador Valadares (Bastos, 1993).[79]

Os projetos de engenharia sanitária eram também realizados em parceria com os governos dos estados brasileiros. Um contrato-modelo foi assinado com o Ceará, para a instituição do Serviço Especial de Engenharia Sanitária, no afã de fornecer água potável para Fortaleza. O novo serviço cooperativo era financiado com uma parceria entre o Sesp e o governo do estado, e seria dirigido por um técnico escolhido pelo Sesp e nomeado pelo governador. O trabalho do Sesp neste campo progrediu rapidamente; em

1957, o governo federal delegou à agência a responsabilidade de avaliar e decidir sobre projetos de abastecimento de águas em municípios brasileiros – todos competindo por financiamento federal. A agência foi também comissionada em 1958, pelo município do Rio de Janeiro, para planejar a ampliação de seu sistema de esgotos.[80]

Todas estas estratégias combinadas permitiram ao Sesp sobreviver para além da Guerra e consolidar e mesmo ampliar sua zona de influência e atuação. Com um quadro de funcionários altamente qualificado, uma base institucional consistente e articulada com outras agências a nível local, estadual e nacional, recursos constitucionais e capacidade de apoiar planos de desenvolvimento regional na Amazônia, no vale do São Francisco e no nordeste, o Sesp continuou a desempenhar seu papel no desenvolvimento econômico do país e na expansão da autoridade pública. Na década de 1950, como veremos a seguir, o Sesp não faria diferente, seguindo a propagar seu modelo de administração sanitária pelo Brasil.

Notas

[1] Office of the Coordinator of Interamerican Affairs, *History of the Office of the Coordinator of Interamerican Affairs: Historical Reports on War Administration*. Washington, D.C., GPO, 1943, p. 168-169.

[2] *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 41 (April 1944): 2-3.

[3] "A Principle for Peace: New Pattern for Cooperation Between Nations", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 77 (August 1945): 1-2.

[4] "Speech of the Honorable A. A. Berle Jr., Assistant Secretary of State, on Latin American Lecture Series, at the Shoreham Hotel, Washington, D. C., November 19, 1940, at 11:00 A. M", p. 6. FDR Library, Berle Papers, Ambassador to Brazil: Correspondence, 1945-1946, Box 77.

[5] Cordell Hull to Clarence Cannon, June 6, 1942, apud Office of the Coordinator of Interamerican Affairs, *History of the Office of the Coordinator of Interamerican Affairs: Historical Reports on War Administration*. Washington, D.C., GPO, 1943, p. 169.

[6] Office of the Coordinator of Interamerican Affairs, *History of the Office of the Coordinator of Interamerican Affairs: Historical Reports on War Administration*. Washington, D. C., GPO, 1943, p. 171.

[7] "Nomeado o General Dunham para a presidência do Iaia", *Boletim do Sesp*, n. 17 (dezembro 1944): 10; "Reforma do Instituto de Assuntos Interamericanos", *Boletim do Sesp*, n. 21 (abril 1945): 6.

[8] Frank E. Nattier, Jr., to Adolf A. Berle, Jr., September 4, 1945, FDR Library, Berle Papers, Ambassador to Brazil: Correspondence, 1945-46, Box 76.

[9] Office of the Coordinator of Interamerican Affairs, *History of the Office of the Coordinator of Interamerican Affairs: Historical Reports on War Administration*. Washington, D. C., GPO, 1943, p. 173; "Statement by President Truman", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 94 (April 1946): 3;

[10] "Tem novo presidente o Institute of Inter-American Affairs", *Boletim do Sesp*, n. 40 (novembro 1946): 11. Grifos nossos.

[11] "Dados biográficos do novo presidente do Iaia: Mr. Dilon S. Myler", *Boletim do Sesp*, n. 55 (fevereiro 1948): 1-2. A nomeação deste especialista em agricultura nos indica a preocupação com a segurança alimentar e o início da chamada 'revolução verde'.

[12] "Statement by President Truman", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 94 (April 1946): 3.

[13] "Mr. Harold B. Gotass, President of the Institute of Inter-American Affairs, comments on the Executive order", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 94 (April 1946): 4.

[14] Um outro indício do enfraquecimento do Instituto foi a alteração na periodicidade do seu boletim, que, a partir de agosto de 1946, passou a ser publicado mensalmente ao invés de quinzenalmente. Cf. *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 101 (August 1946): 1.

[15] Campbell to Daniels, October 9, 1946, p. 2-3, attached to "Planning for the Future of Sesp, presented by the Field Party of the Iaia", *Health and Sanitation Division*, Brazil, Nara, RG 229, Department of Basic Economy Reports on "Planning for the Future" (E-138), Box 1499.

[16] John Gordon Mein to Corry, June 6, 1947, Nara, RG 59, Decimal File, 1945-49, Box 5438.

[17] "A principle for peace: new pattern for cooperation between nations", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 77 (August 1945): 1-9. Uma tradução resumida do artigo foi publicada no *Boletim do Sesp*, n. 28 (novembro 1945): 3-4.

[18] Campbell to Daniels, October 9, 1946, p. 2-3, attached to "Planning for the Future of Sesp, presented by the Field Party of the Iaia", *Health and Sanitation Division*, Brazil, Nara, RG 229, Department of Basic Economy Reports on "Planning for the Future" (E-138), Box 1499.

[19] "Engineering Consultant Emphasizes Value of Inter-American Cooperative Programas", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 103 (October 1946): 5. Significativamente, Baity voltava da Primeira Conferência Interamericana de Engenharia Sanitária.

[20] "Engineering Consultant Emphasizes Value of Inter-American Cooperative Programas", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 103 (October 1946): 5.

[21] Dunham, G. C. The Cooperative Health Programs of the American Republics. *American Journal of Public Health*, 34, n. 8 (August 1944): 817, Nara, RG 287, Publications of the Federal Government, President of the United States, 1789-, Box Pr. 282.

[22] Fosdick, R. B. "A saúde pública como problema internacional", *Boletim do Sesp*, n. 19 (fevereiro 1945): 5-6. Grifos nossos.

[23] Excerpt from letter of May 20, 1947, from Eugene Campbell to William D. Pawley in William D. Pawley to the Secretary of State, June 6, 1947, Nara, Records of the Department of State, RG 59, Decimal File, 1945-49, Box 5438.

[24] William D. Pawley to the Secretary of State, June 25, 1947, Nara, Records of the Department of State, RG 59, Decimal File, 1945-49, Box 5438.

[25] U. S. House of Representatives, Committee on Appropriations, *Hearings on the Government Corporation Apropriation Bill for 1948*, Part 1, 80th Congress, 1st. Sess., 1947, p. 385.

[26] Os próprios Estados Unidos 'descobriram' a sua pobreza na década de 1960, disto resultando o programa 'War on Poverty' durante a administração Lyndon B. Johnson.

[27] Em 1949, uma missão econômica do Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento visitou a Colômbia para formular um programa de desenvolvimento. Foi a primeira missão deste tipo enviada a um país 'subdesenvolvido'. Entre os técnicos que a compunham, destacam-se especialistas em: indústria, transporte, comércio exterior, agricultura, saúde e bem-estar. Cf. Escobar, 1995.

[28] "Instalado solenemente o IV Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária", *Boletim do Sesp*, 58 (1948): 1.

[29] "Instalado solenemente o IV Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária *Boletim do Sesp*, 58 (1948): 2.

[30] A idéia de uma instituição internacional de saúde vem, pelo menos, do início do século XX. Em 1902, foi organizada a Oficina Sanitária Internacional, posteriormente Oficina Sanitária Pan-Americana e, por fim, Organização Pan-Americana de Saúde, a Opas.

[31] Os comunistas haviam substituído os nazistas na condição de maiores inimigos da América. A importância das políticas internacionais de saúde como instrumento de luta durante a Guerra Fria pode ser avaliada pela ação da União Soviética e outros países comunistas de abandonarem, em 1949, a OMS (e a ONU). Durante o período (1949-1956) em que os países comunistas permaneceram fora, a OMS esteve intimamente associada aos interesses norte-americanos e aos de seus aliados. Da mesma forma, quando a União Soviética retornou à OMS, quis marcar sua presença na saúde internacional propondo o projeto de erradicação da varíola, aprovado pela OMS em 1959.

[32] "Industrial Development", *The Department of State Bulletin* (February 2, 1947): 190.

[33] Institute of Interamerican Affairs, *The Program of the Institute of Interamerican Affairs* (Washington, D. C.: GPO, 1949), p. 1.

[34] Halle Jr., L. J. "Significance of the Institute of Inter-American Affairs in the Conduct of U. S. Foreign Policy", *Department of State Publication 3239*, p. 1, 3, 4, 5, 9, Inter-American Series 36, reprint from *Department of State Bulletin* of May 23, June 13, June 27, and July 11, 1948, Nara, RG 287, Federal Government/State Department, 1789, Box S214.

[35] William Adams Brown, Jr., Redvers Opie, *American Foreign Assistance*, 1953, reprint Washington, DC: The Brookings Institution, 1957, p. 384.

[36] Cottam, H. R. "Point 4 in Brazil", p. 2, *Department of State Publication 6741*, Inter-American Series 54, January 1959.

[37] "Note 253 from the Embassy of the United States of America, November 4, 1949", enclosure to Memorandum 59 from Clarence C. Brooks to Department of State, January 11, 1950, Nara, RG 59, Decimal File, 1950-54, Box 4332; "C. de Freitas Valle to the American Ambassador, January 6, 1950", enclousure to Memorandum 59 from Clarence C. Brooks to Department of State, January 11, 1950, Nara, RG 59, Decimal File, 1950-54, Box 4332; "Draft of proposed diplomatic notes from the American Ambassador to the Minister of Foreign Affairs", enclosure to letter from

William F. Barber to Herschel V. Johnson, June 29, 1950, Nara, RG 59, Decimal File, 1950-54, Box 4684.

38 Campbell, E. P. "Good News for the New Year", *Boletim do Sesp*, n. 18 (dezembro 1951): 2.

39 Milton Eisenhower visitou a sede do Sesp no Rio de Janeiro. Cf. "Provável expansão dos programas de cooperação técnica dos EEUU com a América Latina", *Boletim do Sesp*, n. 40 (novembro 1953): 4.

40 "Prorrogação do acôrdo básico entre o Sesp e o Iiaa", *Boletim do Sesp*, n. 6 (junho 1955): 1.

41 Dispatch 319, James Clement Dunn to the Department of State, September 9, 1955, Nara, RG 59, Decimal File, 1955-59, Box 4307. Em 1956, os programas bilaterais com o Brasil efetuavam-se em diversas áreas, além da saúde pública: agricultura, geologia, mineração, educação, aviação civil, relações de trabalho, administração pública, administração de empresas, bem-estar social e desenvolvimento de comunidade.

42 Cottam, H. R. "Point 4 in Brazil", p. 16, *Department of State Publication 6741*, Inter-American Series 54, January 1959; Telegram from Department of State to U. S. Embassy, December 24, 1959, Nara, RG 59, Decimal File, 1955-59, Box 4332; "Contrato de prorrogação dos termos do contrato firmado em 17 de julho de 1942", Brasil, Ministério da Saúde/Fundação Serviços de Saúde Pública, *Normas legais e regulamentares da Fundação Sesp*, 1942-1979, p. 58-60.

43 "Aprovado na Câmara Federal o projeto da Fundação", *Boletim do Sesp*, n. 1 e 2, (janeiro/fevereiro 1960): 1.

44 "Criada a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública", *Boletim do Sesp*, n. 4 (abril 1960): 1-3.

45 "Aprovado na Câmara Federal o projeto da Fundação", *Boletim do Sesp*, n. 1 e 2, (janeiro/fevereiro 1960): 1. Não por acaso, o deputado federal encarregado da comissão de estudos da Fundação Sesp provinha de Sergipe. O Sesp havia expandido muito seus serviços no nordeste, durante a década de 1950. Cf. "Fundação Sesp", *Boletim do Sesp*, n. 11 (novembro 1959): 3.

46 "Instala-se em Brasília a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública", *Boletim do Sesp*, n. 7 (julho 1960): 1.

47 Telegram 2023 from American Embassy to the Secretary of State, Rio de Janeiro, July 2, 1960, Nara, RG 59, Decimal File, 1960-63, Box 2427.

48 "Arquivo Histórico da Fundação Serviços de Saúde Pública: Inventário analítico", p. 3, COC, Departamento de Arquivo e Documentação, Setor de Arquivos Privados, 1991.

49 *Boletim do Sesp*, n. 6 (fevereiro 1944): 1-2. Um contrato adicional, assinado em 1944, estabeleceu que um médico brasileiro substituiria o diretor americano do Sesp a partir daquela data. Cf. "Decreto-lei 7.064, de 22 de novembro de 1944", Brasil, Ministério da Saúde/Fundação Serviços de Saúde Pública, Normas legais e regulamentares da Fundação Sesp, 1942/1979, p. 28-29.

50 Translation of letter from Clemente Mariani to William Douglas Pawley, June 7, 1947, in Memorandum from Willaim D. Pawley to the Secretary of State, June 25, 1947, Nara, Records of the Department of State, RG 59, Decimal File, 1945-49, Box 5438.

51 Enclosure letter from Eugene P. Campbell to Richard J. Plunkett, March 10, 1947, in Memorandum from William D. Pawley to the Secretary of State, June 25, 1947, Nara, Records of the Department of State, RG 59, Decimal File, 1945-49, Box 5438.

[52] Telegram from Department of State to U. S. Embassy, July 3, 1947, Records of the Department of State, RG 59, Decimal File, 1945-49, Box 5438.

[53] "O diretor de saúde e saneamento do Iiaa esteve com o ministro Clemente Mariani", *Boletim do Sesp*, n. 57 (abril 1948): 8.

[54] "A verba do escritório do Iaia em Washington foi reduzida de US$ 980.000 para US$ 490.000. Cf. *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 124 (July 1948): 1.

[55] "Institute of Inter-American Affairs", *Boletim do Sesp*, n. 56 (março 1948): 5.

[56] "A obra do Sesp analisada no Senado Federal", *Boletim do Sesp*, n. 62 (agosto 1948): 2.

[57] "Um tópico do *O Jornal*, do Rio", *Boletim do Sesp, n. 58* (maio 1948): 8. Publicado originalmente em *O Jornal*.

[58] "Benvindo ao Sesp", *Boletim do Sesp*, n. 67 (fevereiro 1949): 5-6

[59] Dispatch n. 45 from George T. Colman to the Secretary of State, Belém, September 21, 1948, Nara, RG 59, Decimal File, 1945-49, Box 5438.

[60] Enclosures n. 1, 2 and 3 to dispatch n. 45 from George T. Colman to the Secretary of State, Belém, September 21, 1948; "O Sesp e a Amazônia", reproduzido de *A Província*, *Boletim do Sesp*, n. 66 (janeiro 1949): 3.

[61] "Pela continuação do Sesp", *Boletim do Sesp*, n. 64 (novembro 1948): 1.

[62] "O Sesp continuará", *Boletim do Sesp*, n. 66 (janeiro 1949):1-2.

[63] "Draft of Proposed Diplomatic Note", enclosure to letter from A. Daniels to Herschel S. Johnson, October 18, 1948, Nara, RG 59, Decimal File, 1945-49, Box 543.

[64] Eugene P. Campbell to Kenneth Iverson, August 20, 1951, attached to cover letter from Charles E. Dickerson, Jr., to the Department of State, August 20, 1951, Nara, RG 59, Decimal File, 1950-54, Box 4684.

[65] Campbell, E. P. "Planning for the Future of Sesp, presented by the Field Party of the Iaia", p. 16, *Health and Sanitation Division*, Brazil, Nara, RG 229, Department of Basic Economy Reports on "Planning for the Future" (E-138), Box 1499.

[66] Cf. *Boletim do Sesp* de novembro de 1948, janeiro, fevereiro, março e maio de 1949.

[67] Morel, E. "Arrancando a Amazônia das garras da morte", *Boletim do Sesp*, n. 70 (maio 1949): 4.

[68] "Os dirigentes do Sesp visitam o programa da Amazônia", *Boletim do Sesp*, n. 68 (março 1949): 4.

[69] Campbell, E. P. "Merry Christimas and a Happy New Year", *Boletim do Sesp*, n. 77 (dezembro 1949): 12.

[70] "Têrmo de encerramento geral e sumário final do Serviço Especial de Saúde Pública", p. 4, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 55, Caixa 6.

[71] "O Sesp e a valorização do vale do São Francisco" e "Os têrmos do convênio entre a comissão do São Francisco e o Sesp", *Boletim do Sesp*, n. 3 (maio/julho 1950): 1, 6-7.

[72] "Preparando o São Francisco para a colonização", *Boletim do Sesp*, n. 13 (julho 1951): 3; "Saneamento do vale do São Francisco", *Boletim do Sesp*, n. 5 (maio 1956): 2.

[73] Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 18 de setembro de 1946. Cf. Campanhole, A. & Hilton Lobo Campanhole, H. L. (Eds.) *Todas as Constituições do Brasil*. SP: Atlas, 1971. P. 220.

[74] "A saúde na valorização do Amazonas", *Boletim do Sesp*, n. 16 (outubro 1951): 1.

[75] Sesp, "Descrição do projeto PA-BEL-22", January 28, 1954, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 52, Caixa 24.

[76] "Têrmo de encerramento geral e sumário final do Serviço Especial de Saúde Pública", p. 5-8, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 55, Caixa 6.

[77] "Safe water for the Americas", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 81 (October 1945): 1-8; "First Inter-American Engineering Conference", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 96 (May 1946): 3.

[78] "O engenheiro sanitário olha para a frente", *Boletim do Sesp*, n. 36 (julho 1946): 3.

[79] "Safe water for the Americas", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 81 (October 1945): 1-8; "First Inter-American Engineering Conference", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 96 (May 1946): 2.

[80] "Têrmo de encerramento geral e sumário final do Serviço Especial de Saúde Pública", p. 5-8, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 55, Caixa 6.

8

Construindo a Administração Sanitária no Brasil

No período pós-Guerra, o Sesp adotou uma tática que, conjugada a outros fatores, garantiu sua continuidade e expansão: a reorientação da ênfase original da agência, focada em saneamento ambiental e controle de malária em áreas produtoras de matérias-primas estratégicas, para o objetivo de construção de uma administração sanitária integrada. Em 1956, o Iaia avaliou que o Sesp estava voltado para a "construção de um serviço de saúde pública [abrangendo] nutrição, educação sanitária, higiene industrial e prevenção de acidentes, administração hospitalar, estudos antropológicos e um eficiente sistema de estatística vital".[1] O novo propósito do Sesp, conforme declarou, em 1958, o diretor norte-americano da Operation Missions no Brasil, tornava-se "desenvolver competência local em saúde pública".[2]

A reorientação do Sesp havia sido claramente proposta em 1948 pelo diretor do Iaia no Brasil, o médico Eugene Campbell, em um documento apresentado ao Departamento de Estado, significativamente intitulado *Planning for the Future of Sesp.* Segundo Campbell, o redirecionamento das finalidades da agência intentava "promover a aceitação nacional de *nossa* moderna e integrada abordagem dos problemas sanitários". Com isto, Campbell sinalizava que o Sesp ora se propunha a sistematizar a administração de saúde, partindo do modelo norte-americano de estabelecimento de uma rede permanente e integrada de unidades sanitárias. O documento tinha uma concepção difusionista, não apenas quanto à forma de o modelo ser introduzido no Brasil, mas também ao definir o Sesp como uma "agência especializada, capaz de demonstrar *moderna* administração sanitária

aos estados brasileiros". Outro aspecto desta reengenharia seria o "progresso do Sesp" até "fases mais avançadas de saúde pública", ou seja, a expansão de sua atuação para áreas de saúde pública não freqüentadas durante a "fase de guerra", como, por exemplo, estatística vital, higiene infantil, educação sanitária, prevenção de acidentes e controle de tuberculose.[3]

Stern (1998) suscita algumas questões em relação à ilusória pretensão civilizatória do documento. Primeiro, não aconteceu uma simples importação de um modelo de administração sanitária norte-americano para o Brasil: a diversidade cultural e política local, além da tradição sanitária brasileira, determinou uma transação de mão dupla.[4] Outro ponto importante, como mostrou Fonseca (2005), é que havia muitos pontos coincidentes entre a agenda sanitária discutida em fóruns interamericanos e aquela executada pelo governo brasileiro. Portanto, como já indicado anteriormente, as políticas sanitárias do Sesp estavam plenamente integradas ao projeto varguista de institucionalização da saúde pública no país como estratégia de ampliação da autoridade do Estado sobre o território nacional. A expansão do modelo horizontal permanente nos departamentos de saúde estaduais, sugerida pelo documento, estava absolutamente em sintonia com as reformas do ministro Capanema, reformas que, por sua vez, achavam-se inseridas num programa geral de reorganização da administração pública brasileira que implicava racionalizar, normatizar e coordenar ações nas três esferas administrativas, numa perspectiva centralizadora de fomentar a capacidade do poder público em atuar em todo o território nacional (Hochman & Fonseca, 2000).

É neste sentido que devemos entender o projeto de 'modernização' da saúde pública do Sesp, sustentado em quatro bases: qualificação de pessoal de saúde; educação sanitária; construção de uma rede horizontal integrada e permanente de unidades de saúde; e expansão desta rede pelos departamentos estaduais de saúde. Uma unidade sanitária poderia ser um posto, um centro de saúde, um hospital ou um híbrido de centro de saúde e hospital. As unidades, exemplares de "moderna e integrada saúde pública", seriam criadas e reproduzidas, sob supervisão do Sesp, nos departamentos de saúde estaduais, e entregues à administração estadual assim que esta estivesse capacitada. O Sesp ainda assessoraria os órgãos sanitários dos estados durante um processo de transição.[5]

As quatro estratégias implementadas pelo Sesp com o intuito de 'modernizar' a administração sanitária brasileira inspiravam-se no modelo

norte-americano de administração sanitária e seguiam as diretrizes do documento apresentado por Campbell em 1948. Entretanto, os princípios definidos pelo Iaia logo são redefinidos localmente, adaptando-se à diversidade política, econômica e cultural brasileira.

Treinamento de Pessoal

Previa-se o treinamento de pessoal de saúde em uma das cláusulas do Acordo Básico que criou o Sesp. Tanto o Iaia quanto as autoridades brasileiras reconheciam que um dos maiores obstáculos para a expansão do sistema de saúde pública no Brasil residia na carência de capacitação. Quando Barros Barreto assumiu a direção do DNS, em 1937, mencionou, entre os problemas a serem enfrentados, "a ausência de técnicos especializados" (Fonseca, 2005: 190). No topo da administração sanitária, existiam profissionais bem qualificados, muitos deles instruídos na Johns Hopkins School of Public Health (Faria, 1994). Dunham, em viagem pelo nordeste, comentou que os dirigentes de saúde que encontrou eram "muito bem treinados" e atualizados "nas práticas modernas de saúde pública".[6] Em contraste, nos escalões inferiores e intermediários da administração sanitária a situação se invertia. Campbell considerava: enfermeiras e engenheiros sanitários, "como conhecemos nos Estados Unidos, são virtualmente inexistentes no Brasil".[7]

O programa de treinamento profissional do Sesp, embora coincidente com a agenda sanitária pactuada nas Conferências Pan-americanas, não pode ser desvinculado do processo de propagação da influência norte-americana em curso no Brasil, do qual o Ponto IV é um dos elementos mais significativos. O treinamento profissional, cujo objetivo era o aprimoramento técnico dos funcionários da administração de saúde, também se desdobrava em demandas econômicas, culturais e políticas. Na medida em que os profissionais eram educados segundo os procedimentos e tecnologias norte-americanas, isto desde já contribuía para a ampliação de mercados; se, ao mesmo tempo, tais profissionais tendiam a assumir posições de poder e prestígio no Brasil, estreitavam-se os laços culturais e políticos entre os dois países e disseminava-se a "compreensão dos Estados Unidos entre os povos estrangeiros".[8] Eis o espírito da cooperação técnica, enfatizado no Ponto IV mas que ultrapassou o âmbito da saúde pública, estimulada não apenas pelo governo norte-americano mas também por agências privadas como a Fundação Rockefeller e a Fundação Kellogg,

atingindo setores tão díspares como engenharia, administração pública, agricultura e ensino.[9]

A primeira estratégia praticada pelo Sesp no projeto de qualificação profissional foi a de conceder bolsas de estudo e subsídios para médicos, engenheiros sanitários, enfermeiras e outros profissionais freqüentarem cursos de graduação e pós-graduação em universidades americanas ou realizarem estágios em hospitais e laboratórios nos Estados Unidos (Silva & Moraes, 1948).[10] Um total de 99 latino-americanos originários de 13 países estudavam nos Estados Unidos durante o ano acadêmico de 1946-47, a maioria deles, brasileiros. Os 38 médicos deste grupo distribuíam-se entre as universidades de Johns Hopkins, Harvard, Yale, Columbia, Tulane, Carolina do Norte e Minnesota. As 25 enfermeiras foram encaminhadas para a Carolina do Norte, Johns Hopkins, Pennsilvania, Santa Fe, Washington, D.C, Vanderbilt e Universidade de Columbia; enquanto os 20 engenheiros faziam cursos em Harvard, Carolina do Norte, Michigan e na Universidade do Texas A&M.[11] De julho de 1942 até junho de 1949, o número de profissionais de saúde pública latino-americanos treinados nos Estados Unidos, chegou a 681.[12] Dos 201 brasileiros enviados aos Estados Unidos entre 1942 e 1959, 77 eram médicos, 70 engenheiros, 30 enfermeiras, sendo os demais, profissionais de outros campos, como educação em saúde (Bastos, 1993).

No Brasil, o Iaia fornecia livros e periódicos para as nossas faculdades de medicina.[13] A partir de 1944, o programa de qualificação profissional passou a enfocar o treinamento de médicos e engenheiros no Rio de Janeiro e São Paulo, enquanto as enfermeiras eram enviadas para as novas escolas que o Sesp organizou em diversas capitais do país. Após 1950, ano de abertura da Escola de Engenharia Sanitária em São Paulo, o treinamento nos Estados Unidos se restringiu aos cursos de curta duração para profissionais altamente qualificados (Bastos, 1993). Já no campo da educação em saúde houve uma inversão: o Sesp começou treinando profissionais em cursos de curta duração no Brasil e posteriormente reorientou sua estratégia, passando a investir em alta qualificação de pessoal nos Estados Unidos, Chile e Porto Rico. Em 1955, este movimento diminuiu com a inauguração do primeiro curso superior de educação em saúde, em São Paulo (Silva et al., 1954; Bastos, 1993).

A política de qualificação não se voltava exclusivamente para profissionais de nível universitário; também compreendia a formação de

nível médio e primário – guardas sanitários, técnicos em laboratório, auxiliares de saneamento, enfermeiras auxiliares e visitadoras sanitárias. Em sintonia com a extensão da rede permanente nos estados e municípios, muitos cursos eram realizados em parceria entre o Sesp e os departamentos de saúde estaduais, geralmente em suas próprias unidades sanitárias (Costa, 1948).[14] Nos casos da formação de enfermeiras auxiliares para hospitais e das visitadoras sanitárias, cursos emergenciais de seis meses foram organizados a partir de 1943, nos Programas da Amazônia e do Rio Doce.[15]

Para exemplificarmos como o Sesp efetivava o seu treinamento de pessoal, vejamos o caso da enfermagem. A falta de enfermeiras profissionais representava um dos grandes obstáculos à expansão do sistema brasileiro de saúde. A busca de soluções para o problema remete à reforma de 1937 e a vários cursos de curta duração promovidos pelo DNS. Em 1938, 12 enfermeiras percorreram diversos estados no intuito de organizar cursos de visitadoras sanitárias, trabalho que se prolongou pela década seguinte. Entretanto, era preciso investir na construção de escolas de nível superior de enfermagem (Fonseca, 2005). O Iaia, por sua vez, avaliava que a virtual inexistência de enfermeiras profissionais redundaria num grave empecilho para a 'modernização' dos sistemas de saúde na América Latina e, neste sentido, se esforçaria por empreender um fim bastante ambicioso – simplesmente "assegurar a uniformização de padrões de enfermagem no Hemisfério Ocidental".[16]

Antes da criação do Sesp, o Escritório planejara enviar um grupo de 30 a 50 mulheres brasileiras, "cuidadosamente selecionadas", para os Estados Unidos, com o propósito de serem "treinadas na profissão de enfermagem".[17] O Programa de Enfermagem do Sesp iniciou-se oficialmente em agosto de 1942, quando o Iaia aprovou o projeto Mais Enfermeiras de Saúde Pública para o Brasil.[18] Além do Instituto, outras entidades privadas norte-americanas também apoiaram o Programa, tais como a Associação de Hospitais Católicos e as fundações Rockefeller e Kellogg. A Associação de Hospitais Católicos repetia o intento declarado pelo Iaia: "assegurar padrões uniformes nos serviços de enfermagem no Hemisfério Ocidental".[19] A padronização técnica, por outro lado, também constituía um objetivo perseguido pelo DNS no Brasil, que, sob a direção de Barros Barreto, formava "uma rede de gente que falava a mesma língua" (Bichat de Almeida, 1995, apud Fonseca, 2005: 303).

Um estudo realizado pelo Escritório, em 1943, sobre o ensino de enfermagem na América Latina, encontrou um "quadro variado e complicado

para o qual não há uma solução simples e abrangente". Em alguns países havia "uma ou duas" escolas de enfermagem profissional, com um "currículo de alguma forma similar ao das escolas dos Estados Unidos".[20] Este era o caso da Escola de Enfermagem Ana Nery, criada no Rio de Janeiro em 1923 e, até 1940, a única reconhecida pelo Ministério da Educação e Saúde. No início da década de 1940, a estimativa era de que existiam entre 500 e 700 enfermeiras graduadas no Brasil, um número insignificante em comparação com as necessidades crescentes da administração sanitária.[21]

A Escola de Enfermagem Ana Nery, a primeira do gênero no Brasil, inspirava-se nos padrões norte-americanos. Fundada em 1923 por Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde, a escola recebeu financiamento da Fundação Rockefeller, teve sua grade curricular modelada pela do curso de enfermagem da Johns Hopkins School of Public Health e, como primeira diretora, a enfermeira norte-americana Louise Kieninger. Diferentemente de outras escolas de enfermagem latino-americanas, a Ana Nery privilegiou a formação de enfermeiras de saúde pública, ao invés de enfermeiras para a clínica médica (Lima Sobrinho, 1981).[22]

Em outubro de 1942, após relatório elaborado pelo Escritório, o Iaia enviou ao Brasil a enfermeira Elizabeth Tennant, do Conselho Internacional da Fundação Rockefeller. Sua função consistia em avaliar a situação da enfermagem no Brasil e traçar um plano para a profissão. O Relatório Tennant sugeria que o Ministério da Educação e Saúde supervisionasse as escolas de enfermagem a serem criadas por todo o país, e que o Sesp se responsabilizasse pela organização das quatro primeiras escolas, no Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e Belém.[23] Assim surge o Programa de Enfermagem, conduzido por enfermeiras americanas até 1951, quando brasileiras assumem a direção. O Programa tencionava formar enfermeiras graduadas e auxiliares para os próprios programas do Sesp e apoiar o plano geral de profissionalização da carreira no Brasil, já encaminhado pelo DNS desde a reforma de 1937.[24]

O planejamento seguia a seguinte estratégia: primeiro, o Iaia enviaria enfermeiras ao Brasil, encarregadas da reorganização de escolas já existentes, a começar pelo Distrito Federal e, posteriormente, cuidando de norte, nordeste e sul do país. Num segundo movimento, o Sesp fomentaria cursos superiores de formação profissional, com o apoio da Fundação Rockefeller. A terceira providência envolvia a Fundação Kellog, mediante a concessão de bolsas de estudo de graduação e pós-graduação para a

formação de enfermeiras brasileiras nos Estados Unidos, enquanto o Sesp proveria bolsas para a formação nas escolas brasileiras. Uma última medida compreendeu a instituição de cursos de curta duração para enfermeiras práticas e visitadoras sanitárias e de um 'projeto especial': a fundação da Escola de Enfermagem de Manaus, para preparar enfermeiras para a região amazônica.[25]

Dentre as escolas criadas pelo Sesp, destacamos a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, concebida em conjunto pela universidade e pelo Hospital das Clínicas em 1943, sob a direção do governo do estado. O Sesp financiou 55% dos seus custos, além de planejar e construir seu prédio, que só seria inaugurado em 1947. O governo do estado contribuiu com 44% do investimento total e assumiu a manutenção da escola, assessorada pela enfermeira norte-americana Ella Hasenjaegeer, até 1951. À Fundação Rockefeller coube supervisionar a elaboração do currículo e dos cursos, além de colaborar com 1% para a compra do equipamento de laboratório.[26] O bom desempenho do projeto já era evidente em 1947, quando a escola sediou o Primeiro Congresso Nacional de Enfermagem. Em 1959, tornou-se pioneira no Brasil ao abrir um curso de pós-graduação em enfermagem.[27]

Ainda que notável do ponto de vista da consolidação da profissão no Brasil, o Programa de Enfermagem não se sucedeu da forma planejada pelos burocratas da saúde pública – quer estadunidenses quer brasileiros –, sendo remodelado e transformado pela realidade local. As dificuldades apareciam já durante o curso de formação: a exigência de dedicação integral sucumbia ante o pequeno valor das bolsas, o que impediu que muitas estudantes concluíssem o curso. Muitas abandonariam, por exemplo, a nova Escola de Enfermagem de Niterói, por serem jovens professoras primárias e preferirem voltar às salas de aula, onde obtinham melhores remunerações.[28] Quando formadas, os baixos salários impediam a dedicação a empregos de tempo integral. Em 1949, as enfermeiras da Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo reclamavam de receber "o menor salário do estado".[29] O problema persistiu, pois em 1953 aquelas profissionais reivindicavam uma jornada de cinco horas para que pudessem ter outro emprego, enquanto outras simplesmente deixavam a profissão.

Além do baixo valor das bolsas de estudos e dos salários, outro problema enfrentado pelo Programa estava na origem social de muitas postulantes. O Programa de Enfermagem, inspirado na realidade norte-americana,

tinha como alvo mulheres de classe média, com o curso secundário ou normal completo. Entretanto, no Brasil, o número de boas posições na carreira era limitado, o que fazia com que moças de classe média preferissem o magistério, uma profissão mais respeitada e melhor remunerada. Por outro lado, muitas jovens de classe inferior, apesar de atraídas pela nova carreira, encontravam barreiras culturais e educacionais. Mais uma vez surge o caso da Escola de Enfermagem de Niterói: para o segundo semestre de 1945 não houve como se matricular uma só estudante – todas as aspirantes foram rejeitadas por não terem o segundo grau completo.[30]

Nas áreas rurais, padrões culturais e laços familiares tradicionais dificultavam os planos do Programa. Na nova Escola de Enfermagem de Manaus, as jovens estudantes e suas famílias não aceitavam o regime de internato.[31] Resistências similares eram registradas no vale do rio Doce, em Minas Gerais, onde, nos cursos de formação de visitadoras sanitárias, as jovens só podiam freqüentar as aulas quando acompanhadas por pais, irmãos ou maridos.[32]

Grande parte destes empecilhos originava-se da percepção de que a enfermagem era uma profissão "essencialmente feminina".[33] A nova carreira, segundo o discurso dos textos das próprias escolas, "não se adequava aos homens", pois as mulheres, "por seu temperamento e caráter", estavam melhor preparadas para as demandas e, além disto, "não iriam competir com os homens" neste campo.[34] A propaganda utilizada para atrair jovens para a carreira é reveladora: apelava-se para a 'entrega', a 'alma altruísta e generosa', a 'magnanimidade' e o espírito de 'missão feminina' das mulheres brasileiras. Ao utilizar esta linguagem nos seus panfletos, o Programa não procurava profissionais independentes, mas atraía 'mães', 'filhas' e 'irmãs', que eram chamadas a trabalhar, porém sem perder "as virtudes femininas que fazem o encanto da casa".[35]

Por fim, as restrições econômicas e as características da cultura política brasileira também contribuíram para reformatar o Programa de Enfermagem. Apesar de o governo do estado de São Paulo ter se comprometido a manter a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, a Câmara de Deputados estadual cortou as verbas para o ano de 1950.[36] A Legião Brasileira de Assistência (LBA), que havia se comprometido a financiar 19 bolsas de estudos na Escola de Enfermagem de Niterói, cancelou seu apoio no meio do ano acadêmico de 1947.[37] Em 1946, os responsáveis pela

Divisão de Treinamento do Programa preocupavam-se com as reviravoltas políticas ocorridas em Minas Gerais, que haviam trazido "muitas mudanças ao programa de saúde".[38] Em 1948, o Congresso Brasileiro debateu a legislação para a carreira de enfermagem. O Diretor do Sesp foi obrigado a intervir no debate, para explicar aos congressistas que enfermeiras e enfermeiras auxiliares eram carreiras diferenciadas por formação.[39]

Para atender à demanda por enfermeiras de saúde pública em seus postos e centros de saúde, o Sesp organizava cursos de seis meses para treinar as chamadas 'visitadoras sanitárias'. As visitadoras eram profissionais preparadas para visitar famílias, ensinando normas básicas de higiene, nutrição e prevenção de doenças; para auxiliar enfermeiras e médicos em postos e centros de saúde; e supervisionar as 'curiosas', como as parteiras eram chamadas no Brasil rural.[40] A visita aos domicílios instituía-se como um dos aspectos fundamentais do seu trabalho pois, ao orientar as famílias, estas profissionais também desempenhavam um papel político e simbólico essencial – era o momento em que uma representante do poder público entrava no espaço privado das populações rurais.

Às visitadoras eram fornecidos os conteúdos básicos de higiene e cuidados médicos, sendo instruídas ainda a persuadir sua clientela a abandonar as práticas de cura tradicionais e aceitar a medicina científica. Sua formação acontecia em regime de internato, e para isto recebiam uma pequena bolsa de estudos. Se a ênfase estava na prática de saúde pública, ministravam-se também noções de nutrição, higiene pessoal, educação sanitária, anatomia, fisiologia, primeiros socorros, doenças contagiosas e ética.[41] Exigia-se, como requisito, que as candidatas tivessem entre 16 e 28 anos e primeiro grau completo, e a seleção constava de um teste de admissão e um exame médico. Dava-se preferência às mulheres solteiras ou viúvas, porém, se casadas, requeria-se a permissão do marido. Características pessoais como habilidade de comunicação, personalidade e caráter eram objeto de avaliação em entrevista.[42] Após formadas, as visitadoras eram enviadas para as unidades de saúde do Sesp. Em 1965, quando os cursos de treinamento para visitadoras passaram por uma reavaliação (Bastos, 1993).

Assim como no caso da formação das enfermeiras, no treinamento de visitadoras as exigências iniciais acabaram por sofrer uma adaptação à realidade local. Na Amazônia, um dos principais problemas enfrentados pelo Programa de Enfermagem na formação das visitadoras eram as próprias condições de saúde das estudantes. Em Itacoatiara, a enfermeira

responsável interrompeu diversas vezes o curso porque muitas estudantes estavam doentes. Ela atribuía estas freqüentes doenças à "dieta bastante pobre" das famílias de suas alunas. Provavelmene por este motivo, as visitadores tinham "grande dificuldade" de ensinar nutrição à sua clientela, visto que os ensinamentos dietéticos a elas lecionados – e que deveriam transmitir, depois do curso, à sua clientela – eram estranhos aos seus padrões culturais.[43] Outra enfermeira também observou que, "em geral, as estudantes não têm boa saúde e têm sérios problemas dentários", e que o exame médico para ingresso no curso não se podia cumprir com rigor, sob pena de não se permitir a formação de turmas.[44] Logo, não demoraria para as exigências iniciais do Programa serem flexibilizadas e negociadas em função da realidade local.

Perante a necessidade de adaptação de um projeto importado à cultura popular sedimentada, salta aos olhos o caso das parteiras. Apesar de consideradas 'mulheres ignorantes' por grande parte dos médicos e enfermeiras graduadas, as 'curiosas' eram respeitadas nas suas comunidades e não podiam, simplesmente, ser ignoradas. Ao invés de excluí-las das tradicionais funções que desempenhavam, restrições eram relaxadas e alianças foram costuradas. Neste sentido, um dos papéis mais importantes das visitadoras sanitárias era o de ganhar o apoio das 'curiosas'. Em Itacoatiara, no Amazonas, a parteira mais respeitada e preferida da população era uma velha cega. Entre fevereiro e março de 1947, ela fora responsável por nove partos na vila. As enfermeiras graduadas do Sesp não tiveram outra alternativa senão convidar esta 'curiosa' a assistir a aulas de enfermagem; porém, ao mesmo tempo elas "insinuavam cuidadosamente" às jovens grávidas para "não a escolherem".[45] O Sesp então atuou em 'parceria' com as 'curiosas', supervisionando o seu trabalho, identificando-as e oferecendo treinamento básico e bolsas com material de parto. Requeria também que as 'curiosas' anotassem os partos que fizessem, além de encorajarem as grávidas a freqüentar os postos de saúde do Sesp.[46] A prática mostrou-se bem-sucedida e, em 1974, a FSesp contava com 1.570 'curiosas' instruídas e registradas em seus arquivos (Peçanha, 1976).

O papel do Sesp na formação profissional de pessoal de saúde pública revelou-se coerente com aquele realizado pelo DNS, no sentido de capacitar quadros e normatizar diretrizes, reforçando a orientação institucional estabelecida para o setor pelo governo. Por outro lado, além do fortalecimento da estratégia institucional, importa-nos lembrar, segundo indicado

por Fonseca (2005: 211) acerca da ação do DNS, que "a formação técnica era um contraponto à ingerência de interesses políticos sobre a saúde pública". A exigência da profissionalização constituiu um impedimento para que interesses políticos locais utilizassem estes empregos como forma de distribuição de favores e arregimentação de lealdades. Como comentou Barros Barreto, antes a "colocação em serviço de saúde pública era sinônimo de (...) encosto" (Barros Barreto, 1937, apud Fonseca, 2005: 211). Neste sentido, a ação do Sesp no interior do país reforçava a conhecida estratégia política do regime Vargas de uso das políticas sanitárias como instrumento de alargamento do poder público federal sobre o território.

Educação Sanitária

A sustentação do modelo do Sesp transitava pela política de educação sanitária. Em contrapartida, esta política exemplifica bem como os planos originais da agência foram redefinidos pela realidade brasileira. A educação em saúde era considerada essencial pelos superintendentes do Sesp. Brito Bastos a classificou de "pedra fundamental" da saúde pública, que iria permitir a continuidade dos benefícios do programa, enquanto E. Christopherson argumentou que o provimento de cuidados médicos somente se efetivaria quando a "disseminação de conhecimentos básicos de higiene" pudesse "mudar os hábitos das pessoas".[47] O conceito de educação sanitária seguia dois princípios: a idéia de que a ignorância e os maus hábitos eram responsáveis pelos problemas sanitários; e a noção de que a educação sanitária, como prática técnica e científica, poderia mudar comportamentos e melhorar a saúde das classes populares (Ornellas, 1981). Atesta Charles Wagley, primeiro diretor da Divisão de Educação Sanitária: "o problema da [má] nutrição, assim como outros diversos problemas de saúde da população podem ser melhorados com apropriada educação sanitária".[48]

Tal assertiva não relevava as diferenças sociais e culturais e calcava-se na existência de um 'ciclo vicioso da doença e pobreza' em virtude do qual seria necessário primeiro vencermos 'a ignorância da pobreza' para atingirmos o desenvolvimento. Um dos desdobramentos da noção de 'ciclo vicioso' foi o conceito de 'desenvolvimento comunitário', que orientou a Divisão de Educação Sanitária do Sesp. Difundido no Brasil por agências norte-americanas na década de 1950, o conceito fora estabelecido pelas Nações Unidas como um instrumento no combate à pobreza e aos obstáculos

ao desenvolvimento no Terceiro Mundo. Sua estratégia básica passava pelo estímulo e apoio às 'comunidades locais' para que se organizassem e resolvessem seus problemas localmente. Sob um olhar funcionalista, vemos a 'comunidade' concebida como um agrupamento de indivíduos com interesses comuns, servindo a educação sanitária como uma ferramenta de 'empoderamento' dos indivíduos que, conscientes dos problemas de saúde, se organizariam, por si só, para solucioná-los. Esta concepção preconizava a luta pela transformação dos aspectos técnicos e educacionais e pela capacidade de superação dos indivíduos dispostos em grupos, desviando do foco os problemas sociais e despolitizando a questão sanitária (Pinheiro, 1992; Fonseca, 1989).

O Programa de Educação Sanitária foi implementado em 1944, depois de o Sesp criar a Divisão de Educação Sanitária. Em 1953, quando conceitos das ciências sociais foram incorporados ao Programa, este experimentou profundas modificações, iniciadas com a contratação, pelo Sesp, de um grupo de sociólogos e educadores para formarem a sua Seção de Pesquisa Social (Bastos, 1993). O sociólogo Arthur Rios, diretor da Seção e pioneiro no conceito de 'desenvolvimento de comunidade' no Brasil, reorientou o Programa. Sua tarefa era dupla: primeiro, convencer médicos, enfermeiras e outros funcionários de que 'saúde' era um conceito social e que o 'objeto' das políticas do Sesp – as populações pobres do interior do Brasil – tinham seus próprios valores sobre saúde e doença, podendo oferecer resistências à 'medicina científica'. Segundo, interpretar para os funcionários do Sesp os valores da 'cultura tradicional' das populações-alvo do programa, potencializando o trabalho da agência.[49]

O programa de educação em saúde concentrou-se em quatro alvos: nas escolas, para atingir alunos e professores; na população adulta, por meio de propaganda específica; na organização comunitária; e no contínuo trabalho de treinamento de educadores em saúde.[50] Um conceito básico unificava o programa – apesar de a educação sanitária ter seus próprios especialistas, existia uma ligação orgânica entre os profissionais de saúde e educação sanitária. Em outras palavras: todos os que trabalhavam com saúde eram educadores sanitários, perspectiva bastante difundida pela OMS na década de 1950 (Ornellas, 1981). Neste processo pedagógico, os médicos desempenhavam um papel-chave como líderes e responsáveis pela articulação entre medicina curativa e medicina preventiva (Fonseca, 1989). As enfermeiras eram consideradas continuadoras do papel do médico,

"preenchendo o espaço que separava o conhecimento científico do quotidiano".[51] Às visitadoras cabia uma tarefa fundamental: estabelecer conexões com as famílias e, por conseqüência, "aconselhar e guiar" a população. Também os guardas sanitários, por sua relação próxima com a comunidade, exerciam importante papel no processo educativo: o de persuadir, e não apenas reprimir violações aos princípios sanitários.[52]

Para atingir crianças em idade escolar, o programa se utilizava de duas estratégias: cursos para professores primários e os 'clubes de saúde' para os estudantes. O primeiro curso de educação sanitária para professores primários foi organizado pelo Programa do Amazonas em 1944, expandindo-se, posteriormente, para o vale do rio Doce e o nordeste.[53] Os 'clubes de saúde', inspirados numa experiência anterior no Rio de Janeiro e lembrando os *4H clubs* dos Estados Unidos, foram primeiramente organizados na Amazônia, em 1943, com o desígnio de incitar uma consciência sanitária entre as crianças. Em 1948, a Conferência Sanitária do Sesp decidiu dedicar uma atenção especial às crianças, um grupo considerado mais receptivo para assimilar "bons hábitos de saúde", e os 'clubes de saúde' foram se difundindo por outras regiões do país. Em 1954, havia 44 'clubes de saúde' na região amazônica (Pinheiro, 1948: 738).[54]

A educação sanitária para adultos é um bom exemplo da antropofagia, pela realidade brasileira, das estratégias e tecnologias americanas importadas pelo Sesp. Aproveitando-se de instrumentos de comunicação de massa como cartazes, cartilhas, rádios e filmes, logo o Sesp percebeu que o alto índice de analfabetismo tornava praticamente inútil o uso de material impresso. Mesmo o rádio, empregado largamente, e que em tese poderia chegar inclusive aos analfabetos, esbarrava no reduzido número de aparelhos no Brasil rural, no limitado alcance das emissoras e na falta de energia elétrica no interior.[55] O cinema educativo, com os filmes produzidos pelo estúdio Walt Disney que o Iaia imaginava eficientes "em todas as partes do mundo", mostrou-se mais adequado ao público urbano que ao rural, não apenas pelas limitações técnicas já apontadas, mas também porque as populações adultas do interior tinham dificuldades em seguir a intensa movimentação dos filmes.[56] No campo da educação para adultos, a mais eficaz resposta do Sesp no Brasil rural foi obtida com o uso de dispositivos sonoros produzidos por técnicos brasileiros, utilizando-se de música e imagens regionais. Esta técnica, uma resposta local à inépcia, no mundo rural brasileiro, dos métodos e tecnologias importadas, permitia

que histórias com conteúdo educativo fossem exibidas nas praças públicas de vilas e cidades, integrando-se às festividades comunitárias tradicionais (Pinheiro et al., 1949). Ao veicular valores, hábitos e atitudes, o Programa de Educação Sanitária do Sesp também deve ser entendido como instrumento de fortalecimento do Estado nacional e de ampliação da autoridade pública, na medida em que se constituiu em fator de construção de homogeneidade cultural das populações rurais do Brasil.

A Rede Horizontal e Integrada de Unidades de Saúde

O modelo de administração sanitária proposto pelo Sesp encontrava materialidade na rede horizontal e permanente de unidades de saúde. Estas unidades, subordinadas a um Distrito Sanitário e integradas aos departamentos estaduais de saúde, apresentavam-se sob a forma de um subposto, um posto, um centro de saúde ou um hospital. O conceito de rede integrada pressupunha a integração orgânica entre as diversas unidades, que proveriam os diversos serviços de saúde evitando desperdícios e duplicação de funções. A unidade mais importante da rede era o centro de saúde, que funcionaria "como um pequeno departamento de saúde", realizando o "controle de doenças e das condições de saneamento, atendimento a gestantes e crianças, pesquisa epidemiológica e de estatística vital, além de promover educação sanitária" (Penido, 1958). Nas palavras de um superintendente do Sesp, os centros de saúde seriam os "pólos de irradiação" de um programa voltado para a família.[57]

Os centros de saúde do Sesp seguiam o modelo desenvolvido nos Estados Unidos nas primeiras décadas do século XX. George Rosen (1979) aponta que o movimento de construção dos centros de saúde floresceu principalmente na costa nordeste dos Estados Unidos, atingindo seu clímax na década de 1930. Wilson Smillie (1943) afirma que, apesar da variação de funções desempenhadas entre os centros de saúde, todos tinham em comum o controle de doenças transmissíveis, o saneamento ambiental e a inspeção de alimentos, além de realizarem pesquisas em saúde pública e estatística vital e atuarem na educação sanitária e na promoção de serviços de laboratório. John Duffy (1990) acrescenta que, entre as funções mais importantes de um centro de saúde, estavam a educação sanitária, a medicina preventiva e a coordenação das diversas agências de saúde que operavam no município, o que evitava desperdício e duplicação de funções. George Rosen (1979) e Wilson Smillie (1943)

também indicam como característica dos centros de saúde norte-americanos a descentralização operacional e financeira, pois os centros eram financiados, organizados e geridos com recursos locais. Rosen ressalta que, nos Estados Unidos, os centros de saúde praticavam apenas medicina preventiva, principalmente em virtude da oposição dos médicos clínicos.

Os centros de saúde do Sesp perseguiam o modelo desenvolvido nos Estados Unidos; entretanto, mais uma vez, observamos aqui a necessidade de adequação à realidade brasileira. Existiam duas grandes diferenças entre o modelo horizontal no Brasil e nos Estados Unidos: neste país, os centros de saúde forneciam apenas medicina preventiva, enquanto que no Brasil o exercício da medicina preventiva convivia com o da medicina curativa. Além disto, enquanto nos Estados Unidos os centros eram organizados e subvencionados localmente, no Brasil os estados e o governo federal – e aqui incluímos o Sesp – organizavam e financiavam os centros. Na inexistência, na experiência brasileira, de uma sociedade civil organizada e de municípios politicamente fortes e economicamente autônomos encontra-se a raiz desta última dessemelhança entre os modelos. No Brasil, apesar da intenção administrativa descentralizadora das unidades de saúde, a rede horizontal de unidades sanitárias foi concebida a partir de uma 'organização descendente' – do Estado para a sociedade. Ou seja, tratava-se de uma estrutura descentralizada administrativamente, porém subordinada a uma altamente normativa e centralizada estrutura federal de saúde.

Baseando-se no modelo americano, inicialmente o Sesp tentou ministrar apenas medicina preventiva na sua rede. Seu superintendente, E. Cristopherson, declarou que a medicina preventiva era o trabalho mais importante de um centro de saúde e "deveria prevalecer" sobre as demais atividades. A mesma posição era defendida por George Saunders, outro representante do Iaia: "qualquer resultado permanente [no campo da saúde] depende largamente de medidas preventivas e educacionais". Em 1946, o superintendente do Sesp instruiu todas as unidades sanitárias a dar "mais ênfase aos aspectos da medicina preventiva".[58]

Tal recomendação mostrou-se inviável para o Brasil, onde as condições socioeconômicas não permitiram que o Sesp praticasse apenas medicina preventiva. Primeiramente, havia poucos médicos no Brasil, em contraste com os Estados Unidos, onde eles eram muitos, organizados e impunham objeções à livre competição da clínica (Starr, 1982). No Brasil, muito freqüentemente o médico da unidade de saúde era o único de uma

vasta região. Por este motivo, desde o início de sua atuação o Sesp recebeu pressão das populações e autoridades locais para providenciar atendimento médico. Na Amazônia, a provisão exclusiva de medicina preventiva nunca se logrou. Um posto do Acre, por exemplo, invertendo completamente a proposta original do modelo, "fornecia apenas atendimento médico", devido à pressão "do grande número de pacientes que vinham das localidades vizinhas em busca de atendimento".[59] Também temos testemunho idêntico sobre um posto de Boa Vista, Rio Branco: "um grande número de pacientes (...) toma muito do tempo dos dois médicos".[60]

Diante da força da realidade, o Iaia reconheceu que, apesar da ênfase original do modelo centrar-se na saúde pública, as necessidades da população convertiam as atividades de clínica médica em "uma grande parte do programa de saúde".[61] Até mesmo o cônsul norte-americano em Belém contribuiu, durante a Guerra, para empurrar o Sesp para esta abordagem heterodoxa, quando requisitou à agência fornecer "atendimento médico e hospitalar adequado aos 200 civis norte-americanos temporariamente residindo no Pará".[62]

O Sesp não podia ignorar estas pressões e abandonou oficialmente aquele traçado original do modelo. A Conferência de Organização Sanitária, em 1948, decidiu que a medicina curativa seria oficialmente incorporada ao sistema, inclusive como estratégia de atrair a população, "influenciando-a na aceitação das medidas requeridas pela medicina preventiva".[63] A decisão oficial da Conferência fez-se motivo para que os memorialistas do Sesp difundissem a versão de que a agência fora pioneira no Brasil, no provimento de medicina preventiva e curativa em suas unidades de saúde (Ramos, 1973), fato negado por Lima Sobrinho (1981) e Merhy (1992), que argumentam que desde a década de 1920 os centros de saúde no Brasil forneciam ambos os serviços. Fonseca (2005: 200) não só confirma a informação como ratifica que Barros Barreto, "num misto de resistência e resignação", teve que aceitar a interação entre o atendimento médico e saúde pública nos centros de saúde do DNS.

Além dos centros de saúde, outras unidades do modelo eram os postos e subpostos, classificados a partir do nível de sua complexidade. Idealmente, um centro de saúde seria construído na cidade mais importante de cada distrito rural. Seu trabalho deveria iniciar-se com uma pesquisa preliminar entre a população, com as enfermeiras visitadoras preenchendo uma ficha médica para cada família. Um posto de saúde também

deveria fiscalizar os serviços de saneamento básico, como o fornecimento de água, esgoto e o recolhimento do lixo; e prover higiene maternal e infantil, controle sobre as parteiras, assistência médica e educação em saúde, o que incluía os clubes de saúde escolares (Basto & Faria, 1949). Nas pequenas vilas, a unidade sanitária instalada era o subposto, providenciando fiscalização do saneamento, educação sanitária, controle de doenças infecciosas e clínica médica (Bodstein & Fonseca, 1989). Nos subpostos, um guarda medicador era responsável pela unidade, estando preparado para os cuidados básicos com as doenças mais freqüentes (Basto & Faria, 1949). O Sesp também experimentou a integração de um centro de saúde com um pequeno hospital – uma unidade classificada de Centro Médico. Em 1954, a agência operava quatro destas unidades, sendo duas na Amazônia, uma no nordeste e outra no vale do Rio Doce (Campbell et al, 1954).

O número total de unidades sanitárias operadas pelo Sesp em 1954 era 117, sendo que, dois anos antes, estas haviam sido postas sob a supervisão de Distritos Sanitários. O território de um Distrito Sanitário não necessariamente coincidia com o de um município, sendo comum que um Distrito abrangesse diversas municipalidades. Entre os funcionários, tínhamos um médico sanitarista, um engenheiro sanitário, uma enfermeira e um técnico em educação sanitária – todos coordenavam e supervisionavam as unidades sanitárias de cada Distrito (Campbell et al., 1954; Bastos & Silva, 1953).

Apesar da associação do modelo de organização sanitária baseado em centros de saúde ao Sesp, estes já existiam na organização sanitária brasileira desde a década de 1920, institucionalizados na administração federal pelas reformas de Capanema. Assim como a Escola de Enfermagem Ana Nery, os centros de saúde foram introduzidos no Brasil por um grupo de médicos que haviam estudado na Johns Hopkins School of Public Health. Lima Sobrinho (1981) afirma que o primeiro centro de saúde no Brasil foi inaugurado em 1927, num subúrbio do Rio de Janeiro.[64] Fazia o controle de doenças infectocontagiosas, provia clínica médica, pré-natal, higiene infantil, educação sanitária e supervisionava as parteiras. Seu trabalho se irradiava sobre as residências, escolas, fábricas e casas comerciais, pela ação das enfermeiras visitadoras e dos inspetores sanitários. Em 1934, o Departamento Nacional de Saúde (DNS), instituiu o modelo dos centros de saúde na administração sanitária brasileira que, em 1942, contava com um total de 552 unidades de saúde, todas operando por meio dos departamentos

de saúde estaduais, sob a supervisão técnica do DNS. Entre as unidades, dispostas entre os 350 Distritos Sanitários coordenados pelo DNS (Barreto, 1942), 54 eram centros de saúde; 194, postos; e as restantes 340 unidades funcionavam como subpostos. Isto nos indica como o modelo distrital de centros de saúde não se contradiziam com a estrutura de serviços especializados montada pelo governo federal, especialmente a partir de 1941.

Os centros de saúde, as unidades mais importantes da rede sanitária do Sesp, cumpriam um importante papel na consolidação do espaço público no Brasil, ao colocar, muitas vezes pela primeira vez, as populações rurais em contato com os representantes da autoridade estatal. Assim, constituíram-se em mais um instrumento de fortificação do Estado nacional, dentro do projeto do governo Vargas de expansão da autoridade pública. Ao mesmo tempo, é importante lembrar que o modelo norte-americano dos centros de saúde era um modelo e não uma camisa de força. Neste sentido, podemos observar como as particularidades políticas, econômicas e sociais do Brasil mudaram o modelo da rede horizontal permanente, adaptando-o à realidade brasileira. Ao contrário dos Estados Unidos, onde o modelo fora construído de baixo para cima e, portanto, temos a construção da autoridade de forma ascendente, no Brasil a rede integrada horizontal organizou-se de forma descendente, do Estado para a sociedade, transformando-se em elemento de fortalecimento de um poder público que se queria cada vez mais centralizado.

Expandindo o Modelo nos Municípios e Estados

O documento *Planning for the Future of Sesp* sugeria como estratégia de afirmação de seu modelo de administração sanitária que o Sesp demonstrasse exercer os princípios de uma "saúde pública moderna" nos municípios e estados. Segundo o documento, a "aceitação federal não garantia a continuidade do programa se os estados e municípios não se juntassem ao plano".[65] A assertiva fazia sentido, particularmente depois de 1946, quando a nova Constituição assegurava a autonomia dos estados brasileiros. Por outro lado, entretanto, as reformas de Capanema implicavam um grau bastante alto de centralização no plano da administração sanitária, que permaneceria mesmo depois da queda do Estado Novo.

A estratégia do Sesp de propagação da rede pelos estados lembra bastante a da União depois da criação do Departamento Nacional de Saúde

Pública (DNSP) em 1920, com a assinatura de contratos com os estados para o provimento de serviços sanitários. A Constituição de 1946 estabelecera como norma geral no plano da saúde pública que cabia à União firmar acordos com os estados e municípios e proporcionar assistência técnica e financeira para a provisão de infra-estrutura sanitária. Quando o Sesp passou a assinar contratos com os estados e municípios para a construção de unidades de saúde e para o treinamento de pessoal para administrá-las, adequava-se às novas diretrizes constitucionais do regime de 1946. Como a Constituição previa que a União poderia "prover as necessárias despesas" nos estados mais pobres do norte e nordeste, onde a falta de recursos para a saúde pública mais se sentia, o Sesp agiu como a agência federal que subsidiou a montagem de uma infra-estrutura sanitária naquelas regiões.

Estabelecidos os acordos, Sesp e governos estaduais dividiriam as responsabilidades na construção e manutenção das unidades sanitárias, enquanto a agência manteria assistência técnica, qualificaria pessoal e administraria inicialmente a rede. Num segundo momento, o Sesp compartilharia a administração da rede com os governos estaduais; e, por fim, a rede seria totalmente gerida pelos administradores locais, quando o estado estivesse habilitado, financeira e tecnicamente, a fazê-lo. Ou seja, de acordo com o próprio governo, o Sesp estava incumbido de "realizar serviços de demonstração" que permitissem aos governos estaduais, "após algum tempo, verificar as vantagens e o rendimento dos serviços sanitários racionalmente planejados e executados" (Dutra, 1950: 125). Este tempo dependia dos recursos e do aproveitamento da capacidade técnica local. Para o Amazonas e vale do rio Doce, o Iaia avaliava que pelo menos dez anos seriam necessários para que se pudesse "entregar completamente a responsabilidade da rede às autoridades locais, com uma expectativa razoável de sucesso".[66]

Assinar acordos com governos municipais e estaduais era também uma das formas de o Sesp ampliar seus recursos financeiros. Eugene Campbell registrou, em 1948, que o Sesp recebia aportes financeiros de mais de 35 agências locais e governos estaduais. Naquele mesmo ano, no vale do Amazonas, cerca de 80% dos governos locais participavam dos projetos desenvolvidos pela agência.[67] Angela Peçanha (1976) salienta que, durante a década de 1950, os acordos com estados e municípios levaram o Sesp a diversificar suas fontes de receita e, assim, ampliar sua autonomia.

A informação é questionável: a análise da documentação destes contratos revela a impontualidade dos governos estaduais em cumprir com suas obrigações financeiras.[68] Desde 1948 encontramos muitas referências a projetos "colocados de volta sobre a administração do Sesp em virtude da incapacidade local de administrar o trabalho".[69] Muito provavelmente, uma das razões da crise financeira da agência no início da década de 1960 deveu-se à inaptidão dos estados em observar suas obrigações contratuais com o Sesp.

Henrique Maia Penido, um dos superintendentes do Sesp, assinalou o ano de 1949 como o marco da expansão da agência para fora da sua área inicial de operação, os vales do Amazonas e do Rio Doce. Neste ano, o Sesp assinou contratos com os estados da Paraíba, Pernambuco e Bahia, objetivando construir uma rede permanente de unidades sanitárias em "áreas de importância econômica" (Penido, 1959: 365-366). Nestes contratos, o governo federal, reconhecendo a "experiência de realizações na Amazônia e no vale do Rio Doce", decidiu transformar o Sesp num "órgão complementar dos trabalhos sanitários afetos às organizações específicas locais, estaduais ou municipais, em várias zonas do país" (Dutra, 1950: 125). A extensão para o 'subdesenvolvido' nordeste continuou em 1950, quando o Sesp ficou encarregado de munir de infra-estrutura sanitária o vale do rio São Francisco, incluindo os estados de Alagoas e Sergipe na sua área de operação. Em 1953, o Sesp atingiu o sul do país, ao operar serviços sanitários na fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina.

Uma outra experiência contratual, implementada a partir de 1954, os Serviços Cooperativos de Saúde foram concebidos como "agências especiais" dentro dos departamentos de saúde estaduais. Financiados pelo Sesp e pelos estados conveniados, os serviços pretendiam 'modernizar' a administração sanitária estadual, pelas vias do aperfeiçoamento de pessoal e da atualização e padronização técnica, científica e administrativa. Um sanitarista indicado pelo Sesp dirigia o Serviço Cooperativo até que, com o término do contrato, o departamento de saúde estadual assumisse a responsabilidade pela infra-estrutura sanitária montada (Penido, 1959). Notemos que, com este modelo, o Sesp reproduzia com os estados brasileiros a sua relação original com o Iaia, e que seus princípios de uniformização técnica e administrativa não diferiam em nada daqueles instituídos pelo ministro Capanema, ainda no Estado Novo, conforme demonstrado por Cristina Fonseca (2005). O primeiro acordo deste tipo foi fechado com o

Ceará; outros se seguiram, assinados com os estados do Piauí, Sergipe, Rio Grande do Norte, Espírito Santo, Minas Gerais, Santa Catarina, Amazonas e Pará. Os Serviços Cooperativos de Saúde foram foram abolidos pelo governo militar em 1964 (Pinheiro, 1992).

Podemos analisar a relação que o Sesp estabeleceu com os estados conveniados examinando os contratos com estados de quatro distintas regiões do Brasil: o vale do Rio Doce, o nordeste, o sul e a região amazônica. No vale do Rio Doce, os fundamentos de uma rede permanente e integrada de unidades sanitárias foram lançados ainda com o Projeto Rio Doce, em 1943. Naquela ocasião, o Sesp propôs aos governos de Minas Gerais e Espírito Santo a criação de centros de saúde nas cidades de Governador Valadares, Aimorés e Colatina. O projeto foi realizado em cooperação com os respectivos departamentos de saúde estaduais, sendo os centros de saúde pensados como 'núcleos de irradiação' de um programa de saúde pública para todo o vale. Os centros serviriam como "pequenos departamentos de saúde" que, apoiados por um amplo programa de educação sanitária, "trabalharia para uma mudança radical no panorama e hábitos" em saúde pública.[70]

O acordo entre o Sesp e o estado de Minas Gerais assinado em junho de 1944 determinava a construção imediata de dois centros de saúde, um em Governador Valadares e outro em Aimorés, prevendo-se que outros se seguiriam. Caberia ao Sesp edificar os centros, fornecer equipamentos e medicamentos e supervisionar a administração das unidades até 31 de dezembro de 1948. O estado comprometia-se a doar o terreno onde os prédios seriam erguidos e organizar e manter os serviços, com pessoal e salários regulados pelo Sesp. O estado deveria assumir completamente a administração dos centros em dezembro de 1948, garantida a assessoria do Sesp.[71] As unidades sanitárias proveriam os serviços usuais de um centro de saúde, tais como: controle de doenças infecciosas, saneamento, educação sanitária, higiene materna e infantil, serviços de visitadoras sanitárias, de laboratórios e administração de saúde pública.[72]

Fato é que, ainda em 1952, os centros de saúde de Governador Valadares e Aimorés ainda se achavam sob a responsabilidade do Sesp. A agência continuava a custear a maior parte dos recursos: entre 1944 e 1952, havia financiado 67% dos investimentos na operação, enquanto o estado de Minas Gerais desembolsara 33%.[73] O governo de Minas foi, entretanto, capaz de assumir o controle sobre o sistema de águas e esgotos construído em Aimorés em parceria com o Sesp; a agência permanecia

continuava incumbida de inspecionar a manutenção do sistema e fornecer assistência técnica.[74]

Uma série de acordos se seguiram, espalhando o modelo pelo estado de Minas Gerais. Em 1951, um novo contrato garantiu a presença do Sesp em 19 outros municípios do estado, atingindo uma população de 712 mil pessoas.[75] Em 1955, outro convênio propiciou ao Sesp fixar um Distrito Sanitário para administrar a rede de unidades de saúde de Minas Gerais, enquanto o governo estadual comprometia-se a providenciar recursos financeiros e humanos para sua manutenção. O Sesp, por seu turno, perseverava em oferecer assistência financeira e técnica, enfatizando o treinamento de pessoal, até que o estado assumisse plenamente as obrigações com a rede sanitária.[76]

Os acordos antes descritos assentaram as bases para a estruturação do Serviço Cooperativo de Saúde de Minas Gerais, fundado em abril de 1956 com a finalidade de desenvolver 'cooperação efetiva' entre o Sesp e o departamento de saúde estadual. O Serviço surge como uma 'agência especial' organizada em parceria do Sesp com o governo do estado, com a função de administrar a rede sanitária montada, antes sob a responsabilidade do Sesp, e torna-se dirigido por um médico sanitarista indicado pela agência, auxiliado por um médico-assistente designado pelo estado. Ao Sesp coube, como de praxe, o treinamento de pessoal e a manutenção das instalações físicas da rede. Todavia, mais uma vez o estado de Minas não honraria seus compromissos. Em 1960, em face à ausência de recursos estaduais, o Sesp encerrou o contrato, acusando o governo do estado e o departamento de saúde de serem "ausentes" e "desinteressados" no projeto.[77]

No Espírito Santo a história dos acordos com o Sesp foi muito similiar à de Minas Gerais. A colaboração começou em 1944, quando o estado juntou-se ao Sesp para construir um "centro de saúde modelo" na cidade de Colatina, a fim de incentivar o "desenvolvimento econômico da região".[78] O contrato previa que o governo do estado assumiria a responsabilidade sobre o centro em dezembro de 1948.[79] Como em Minas, isto não ocorreu, porém outro contrato, assinado em 1951, estendeu a área de operação do Sesp e as obrigações dos contratantes, com uma proporção dos custos aplicados pelo Sesp e pelo estado na base de dez para um. Ainda pelo contrato de 1951, o estado concordou em transferir todos os seus serviços de saúde do vale para o Sesp, enquanto esta agência comprometia-se a financiar e assessorar as unidades sanitárias. O Sesp exigiu que

todas as posições de chefia daquelas unidades fossem preenchidas por médicos sanitaristas com contratos de tempo integral. O acordo também criava o Distrito Sanitário de Colatina, para coordenar a rede sanitária instalada na região.[80]

Em 1957, criou-se o Serviço Cooperativo de Saúde do Espírito Santo, cujo intuito era "ampliar e melhorar a cooperação com o departamento de saúde estadual".[81] O Serviço pretendia a construção de pelo menos uma unidade sanitária em cada município coberto pelo acordo, além de treinar pessoal e colaborar 'plenamente' com o departamento estadual de saúde e com o Ministério da Saúde. As despesas seriam divididas entre o Sesp e o governo do estado, numa relação de três para um. Um médico sanitarista, escolhido pelo Sesp, dirigiria o Serviço, enquanto o estado nomearia o vice-diretor. O programa de saúde foi desenhado por um comitê formado pelo Serviço Cooperativo, pelo departamento de saúde estadual e pelo Iaia. O Serviço Cooperativo foi encorajado a assinar contratos com municípios e organizações privadas para angariar mais recursos e atividades.[82] Também o Espírito Santo descumpriu suas obrigações contratuais com o Serviço e tampouco indicou o vice-diretor no ano de 1959. Apesar disto, o departamento de saúde estadual assumiu a rede de unidades sanitárias do Serviço Cooperativo quando o acordo expirou, em dezembro de 1959.[83]

Enquanto no vale do rio Doce a política de acordos com os estados principiara ainda antes do término da Guerra, no nordeste ela foi inaugurada em 1949, quando da assinatura de um convênio com a Paraíba. Por este acordo, assinado em maio daquele ano, o Sesp assumia a responsabilidade sobre diversas unidades sanitárias do estado, que não operavam por falta de verbas. Segundo o contrato, o estado contribuiria com 50% das despesas para a manutenção das unidades.[84] Em 1952, adviria o Distrito Sanitário de Alagoa Grande para administrar a rede já existente. No ano seguinte, o Sesp expandiu sua ação sobre diversos outros municípios, gerindo unidades sanitárias que seriam "gradualmente transferidas" para a responsabilidade do departamento de saúde estadual, o que ocorreu apenas em 1962. Na Paraíba, não houve a experiência do Serviço Cooperativo.[85]

No sul do país formulou-se um Serviço Cooperativo de Saúde em Santa Catarina, em outubro de 1958. O acordo que o originou é bastante peculiar, pois foi o único deste tipo no qual participaram organizações privadas: ao lado do estado e do Sesp, estavam a Federação Rural de Serviços Sociais de Santa Catarina e o Conselho Regional dos Serviços Sociais

Rurais do estado. O objetivo do Serviço era desenvolver a rede permanente de saúde em áreas de importância econômica, ou seja: as "comunidades rurais onde um programa de assistência técnica à agricultura está sendo desenvolvido".[86] Ao Sesp caberia fornecer assistência técnica e financeira e, como em outros acordos do tipo, seu objetivo era padronizar e atualizar os procedimentos técnicos e científicos do departamento de saúde estadual, ampliando também seu território de atuação. Os serviços a serem providenciados eram aqueles usuais dos centros e postos de saúde.[87]

No Paraná, apesar de um Serviço Cooperativo de Saúde não ter sido criado, a colaboração entre o Sesp e o governo estadual seguiu padrão semelhante. Um contrato com o estado criaria o Programa do Paraná, com atuação na região da fronteira com a Argentina e o Paraguai, uma área de crescimento econômico que atraía migrantes.[88] O departamento de saúde do estado instituiu o Distrito Sanitário da Fronteira para gerenciar as unidades sanitárias dos sete municípios cobertos pelo acordo. O Sesp administraria o Programa, provendo a assistência técnica e financeira e qualificando pessoal. O estado, além de contribuir com recursos financeiros, com pessoal e com as instalações, comprometeu-se a assumir a rede sanitária ao término do contrato.[89]

Na região amazônica, a organização dos Serviços Cooperativos de Saúde apenas foi ensaiada no início da década de 1960. No estado do Pará, todas as unidades sanitárias estabelecidas entre 1942 e 1945 eram administradas pelo Programa da Amazônia, cuja sede estava em Belém. Em 1945, estas unidades de saúde viram-se promovidas à categoria de centros de saúde, embora, de fato, continuassem a existir sob complexidades distintas. Em 1953, como parte de uma reorganização da agência, as unidades foram colocadas sob a administração de diversos Distritos Sanitários. Os Distritos existiam para gerir a rede de unidades de saúde; entretanto, como particularidade local, também tinham a função de assistir os governos locais em questões de saúde.[90] O Serviço Cooperativo de Saúde do Pará foi criado em setembro de 1963 e assumiu a administração de todos os distritos sanitários do estado. Amazonas prosseguiu num caminho similar, sendo seu Serviço Cooperativo inaugurado em janeiro de 1962.[91]

Finalmente, podemos notar que a estratégia do Sesp de 'modernizar a administração sanitária' utilizando-se de convênios com os departamentos de saúde estaduais esteve em plena sintonia com as diretrizes das reformas sanitárias implementadas pelo ministro Gustavo Capanema em

1935-1937 e 1941, com as quais o governo federal objetivava fiscalizar o campo da saúde, padronizar normas técnicas e administrativas, além de efetivamente estender sua atuação por todo o território nacional (Hochman & Fonseca, 2000). Em síntese, ao expandir a rede permanente de unidades sanitárias nas regiões-alvo dos projetos de desenvolvimento e firmar convênios que pressupunham a qualificação de pessoal, o fomento de infraestrutura e a padronização de normas técnicas e administrativas no campo da saúde, o Sesp se integrava ao projeto de construção do Estado nacional da era Vargas, afinados que estavam seus procedimentos com aqueles encaminhado pelo DNS desde a reforma de 1937, associando centralização normativa com descentralização executiva. Segundo Cristina Fonseca (2005: 197), as reformas do DNS "canalizavam, para a instância administrativa estadual, o gerenciamento dos serviços públicos de saúde, porém sob a orientação direta do governo federal".

Notas

[1] "FY-1956 Budget", p. 7-8, attached to letter from William C. Trimble to Henry Holland, March 16, 1955, Nara, RG 59, Records of the Assistance Secretary of State for Inter-American Affaris, Henry Holland, 1953-1956, Lot 57 D295, Box 6.

[2] Cottam, H. R. "Point 4 in Brazil", p. 15, *Department of State Publication 6741*, Inter-American Series 54, January 1959.

[3] Campbell, E. P. "Planning for the Future of Sesp, presented by the Field Party of the Iaia", p. 2-3, *Health and Sanitation Division*, Brazil, Nara, RG 229, Department of Basic Economy Reports on "Planning for the Future" (E-138), Box 1499. Grifos nossos.

[4] Lembremos aqui a interação entre a Fundação Rockefeller e o Estado brasileiro, nítida no estudo de Castro-Santos (2003) na Costa Rica e abordada por Palmer (2004).

[5] Campbell, E. P. "Planning for the Future of Sesp, presented by the Field Party of the Iaia", p. 4, 41, *Health and Sanitation Division*, Brazil, Nara, RG 229, Department of Basic Economy Reports on "Planning for the Future" (E-138), Box 1499.

[6] Dunham, G. C. "Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil", p. 8, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.

[7] Campbell, E. P. "Planning for the Future of Sesp, presented by the Field Party of the Iaia", p. 9, *Health and Sanitation Division*, Brazil, Nara, RG 229, Department of Basic Economy Reports on "Planning for the Future" (E-138), Box 1499.

[8] *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 104 (November 1946): 3; *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 119 (February 1948): 5.

[9] *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 127 (November 1948): 19.

[10] George C. Freeman to G. M. Saunders, January 28, 1943, p. 1, Nara, RG 229, General Records, Central File 1. Basic Economic, Country Files, Brazil, Box 83. Notemos que a concessão de bolsas de estudos para técnicos de saúde pública foi uma das recomendações da V Conferência de Diretores Nacionais de Saúde, realizada em 1944, o que mostra os pontos de encontro entre a agenda sanitária internacional e a nacional.

[11] "Institute of Inter-American Affairs Health and Sanitation Program – Present, Past, and Future", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 103 (October 1946): 1-4.

[12] "Summary Report on Trainning Program", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 136 (May-June 1950): 9.

[13] Trainning of professionals and technical personnel of the other American Republics", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 48 (July 1944): 2; "List of books and plamphlets received from Washington during May, 1943", appended to Report on Medical Education, Iiaa, Division of Health and Sanitation, Report for May, 1943, Nara, RG 59, Decimal File, 1940-1944, Box 4.474.

[14] Armando Júlio Bittencourt, "Curso de guardas sanitários realizados em Colatina, maio-julho de 1951", Assistência da Divisão de Engenharia, 143-149, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 93.b, Caixa 9; "Têrmo de encerramento e sumário geral do projeto n. MG-HBO.33 – formação de pessoal", p. 1-4, Dezembro 4, 1963, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 47, Caixa 14; Iiaa, Division of Health and Sanitation, Report for May, 1943, "Nurses' Training Project", p. 2, Nara, RG 59, Decimal File, 1940-1944, Box 4.474.

[15] FSesp, "Têrmo de encerramento e sumário final do projeto n. SU-RJA-31, Divisão de Enfermagem", p. 1-8, September 29, 1960, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 39, Caixa 4.

[16] "The Nursing Program of Inter-American Cooperative Health and Sanitation Division", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 29 (October 1943): 1.

[17] "Scholarships to USA", Weekly Report of the Division Activities, Office of the Coordinator of Inter-American Affairs, January 3, 1942 to January 9, 1942, Nara, RG 287, Publications of the Federal Government, President of the United States, 1789 –, Box Pr. 292.

[18] Coordinator of Inter-American Affairs to the Department of State, August 25, 1942, Nara, RG 59, Box 4.474.

[19] *Boletim do Sesp*, n. 10 (setembro 1944): 10; "Auxílio à Escola de Enfermagem de Goiânia, Goiás", p. 1-3, 31 de Dezembro de 1954, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 40, Caixa 4; "The Nursing Program of Inter-American Cooperative Health Services", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 29 (October 1943): 2; Dispach n. 434, from the U. S. Consulate at São Paulo the Department of State, March 9, 1959, Nara, RG 59, Decimal File, 1955-1959, Box 4.332

[20] "The Nursing Program of Inter-American Cooperative Health and Sanitation Division", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 29 (October 1943): 1.

[21] O'Hara, H. "Study in Internacional Cooperation Health Services", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 29 (October 1943): 1.

[22] O'Hara, H. "Study in Internacional Cooperation Health Services", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 29 (October 1943): 7.

[23] Ministério da Educação e Saúde, Serviço Especial de Saúde Pública, "Programa de enfermagem", p. 1, circa 1944, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 39, Caixa 4.

[24] "O desenvolvimento do programa de enfermagem", *Boletim do Sesp*, n. 5 (fevereiro 1944): 5; Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, "Têrmo de encerramento e sumário final do projeto SU-RJA-31, Divisão de Enfermagem", p. 2, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 39, Caixa 4.

[25] "The Nursing Program of Inter-American Cooperative Health and Sanitation Division", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 29 (October 1943): 1-3; Ministério da Educação e Saúde, Serviço Especial de Saúde Pública, "Programa de enfermagem", p. 3-6, circa 1944, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 39, Caixa 4; Serviço Especial de Saúde Pública, "Fellowships and scholarships for nurses in U. S. A.", p. 1-5, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 35, Caixa 13.

[26] "Brazil's new school of nursing", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 118 (January 1948): 9; Institute of Inter-American Affairs, Health and Sanitation Divison, Report of May, 1943, "III Plans and Surveys", p. 2, June 3, 1943, Nara, RG 59, Decimal File, 1940-44, Box 4.474; "The Nursing Program of Inter-American Cooperative Health and Sanitation Division", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 29 (October 1943): 3; Serviço Especial de Saúde Pública, "Aid to the School of Nursing of the University of São Paulo", p. 7-8, July 1, 1951, AHFSSP, COC, Série Asistência Médico-Sanitária, Pasta 64, Caixa 25; Escola de enfermagem de São Paulo, Brochura, p. 1-12, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 64, Caixa 25.

[27] "Primeiro Congresso Nacional de Enfermagem", *Boletim do Sesp*, n. 44 (março 1947): 7; Dispach n. 434, from the U. S. Consulate at São Paulo to the Department of State, March 9, 1959, Nara, RG 59, Decimal File, 1955-1959, Box 4.332. A Fundação Kellog contribuiu com uma pequena quantia para o curso de pós-graduação.

[28] Maria Rosa Pinheiro, Relatório da Divisão de Enfermagem, junho-setembro de 1953, AHFSSP, Série Administração, Pasta 85, Caixa 9; Aurora de Afonso Costa, "Relatório Encaminhado ao presidente e membros da comissão administrativa da Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro", p. 3, Julho 18, 1946, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 45, Caixa 16.

[29] Rodolfo Mascarenhas para Marcolino Candau, 9 de dezembro de 1949, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 85, Caixa 9.

[30] Aurora de Afonso Costa, "Relatório Encaminhado ao presidente e membros da comissão administrativa da Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro", p. 1-6, Julho 18, 1946, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 45, Caixa 16.

[31] Ministério da Educação e Saúde, Serviço Especial de Saúde Pública, "Escola de Enfermagem de Manaus", p. 1, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 56, Caixa 6.

[32] Institute of Inter-American Affairs, Division of Health and Sanitation, Report for May, 1943, "Nurses' Training Project", p. 2, Nara, RG 59, Decimal File, 1940-1944, Box 4.474.

[33] Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro, "Brochura", p. 1, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 54, Caixa 16; Escola de Enfermagem do Estado de São Paulo, "Brochura", p. 1, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 54, Caixa 16.

[34] "More Young Women Becoming Nurses: Institute of Inter-American Affairs Establishes Additional Schools", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 86 (January 1946): 1.

[35] Escola de Enfermagem do Estado de São Paulo, "Brochura", p. 3-4, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 54, Caixa 16.

[36] Rodolfo de Mascarenhas para Marcolino Candau, 9 de dezembro de 1949. AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 85, Caixa 9.

[37] Aurora de Afonso Costa, "Relatório da Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro para o ano de 1947", p. 2-3, Janeiro 26, 1948, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 54, Caixa 16.

[38] Clara Curtis, "Aid to the Carlos Chagas School of Nursing in Belo Horizonte, Minas Gerais", Report for June, 1946, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 66, Caixa 7.

[39] M. G. Candau, "O problema da enfermagem no Brasil", *Boletim do Sesp*, n. 61 (agosto 1948): 1.

[40] Sesp, "Treinamento de visitadoras, memorandum da seção de enfermagem", p. 1-2, July, 21, 1945, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 12, Caixa 11.

[41] "Rio Doce girls carry the gospel of health", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 116 (November 1947): 10.

[42] Sesp, "Requisitos indispensáveis às candidatas ao curso de visitadora sanitária", Programa da Amazônia, 1945-1947, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 12, Caixa 11.

[43] Mariana de Oliveria Resende, "Relatório do curso de visitadoras de Itacoatiara", p. 2, Junho 1946, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 12, Caixa 11.

[44] Nadyr de Matos Moura, "Relatório mensal do curso de visitadoras de Itacoatiara", p. 1, Julho 1946, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 12, Caixa 11.

[45] Carolina L. de Moraes, "Relatório mensal do serviço de enfermagem do mês de março de 1947 – Posto de Itacoatiara", p. 1, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 12, Caixa 11.

[46] "Enfermeiras para o Brasil", *Boletim do Sesp*, n. 33 (abril 1953): 5; Gilberto Freire, "Doutores, curiosas e práticos", *Boletim do Sesp*, n. 5 (setembro 1950): 1.

[47] N. C. de Brito Bastos, "Diretrizes para a educação sanitária nas unidades do Sesp", *Boletim do Sesp*, n. 10 (abril 1951): 6; Christopherson, E. H. "Orientação dos trabalhos de saúde pública", *Boletim do Sesp*, n. 5 (fevereiro 1944): 1-2.

[48] Charles Wagley, "A educação sanitária no Brasil", *Boletim do Sesp*, n. 25 (agosto 1945): 5.

[49] José Arthur Rios, "A saúde como valor social", *Boletim do Sesp*, n. 33 (abril 1953): 2-3; José Arthur Rios, "Ciências sociais e saúde pública", *Boletim do Sesp*, n. 38 (setembro 1953): 2-3.

[50] Clair Turner, "A campanha contra parasitos intestinais e a educação sanitária", *Boletim do Sesp*, n. 8 (março 1944): 1.

[51] Clara Curtis, "Reunião das enfermeiras da prefeitura no conselho municipal em 27 de julho de 1943", AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 83, Caixa 9.

[52] Cattete Pinheiro, "O futuro da Amazônia", *Boletim do Sesp*, n. 54 (janeiro 1948): 4; N. C. de Brito Bastos, "Diretrizes para a educação sanitária nas unidades do Sesp", *Boletim do Sesp*, n. 11 (maio 1951): 5.

[53] "Curso de educação sanitária para professoras primárias", *Boletim do Sesp*, n. 5 (fevereiro 1944): 8; "Curso intensivo de higiene e educação sanitária", *Boletim do Sesp*, n. 42

(janeiro 1947): 6; N. C. de Brito Bastos, "Criando a consciência sanitária: ecos do curso realizado em Palmares, Pernambuco", *Boletim do Sesp*, n. 8 (fevereiro 1951): 5-7.

[54] "Estudando os problemas de saúde pública no Brasil. As conclusões da Conferência de Educação Sanitária convocada pelo Sesp", *O Jornal*, 1°. de maio de 1948, p. 2, 8; "Educação sanitária nas escolas", *Boletim do Sesp*, n. 40 (novembro 1946): 1; "Clube de Saúde em Igarapé-Açu", *Boletim do Sesp*, n. 12 (dezembro 1954): 3

[55] M. G. Candau e Orlando J. da Silva, "Educação sanitária e seu papel na luta contra as grandes endemias: observações colhidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública", p. 1-9, circa 1946, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 14, Caixa 12.

[56] O Iaia encomendou aos estúdios Walt Disney uma série intitulada "Saúde para as Américas", constando de dez filmes educativos. Cf. "Health films for the Institute of Inter-American Affairs", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 71 (June 1945): 1, 8; "Progress on the visual health library for the Americas: Films strips now being written", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 97 (June 1946): 1; M. G. Candau e Orlando J. da Silva, "Educação sanitária e seu papel na luta contra as grandes endemias: observações colhidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública", p. 3, circa 1946, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 14, Caixa 12.

[57] Cristopherson, E. H. "Os centros de saúde", *Boletim do Sesp*, n. 21 (abril 1945): 1.

[58] Cristopherson, E. H. "Os centros de saúde", *Boletim do Sesp*, n. 21 (abril 1945): 5; George Saunders, "The Amazon Project", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 43 (September 1943): 2; Sesp, "Final summary and conclusion agreement of projetc AM-IBA-4, Operation of Health Center, Itaituba, Pará, Brazil", p. 3, December 15, 1950, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 65, Caixa 25.

[59] Sesp, "Finnal summary and completition agreement of Project AM-XAP-4, Operation of Health Center, Xapuri, Acre, Brazil", p. 2., December 15, 1950, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 37, Caixa 22.

[60] Sesp, "Final summary and completition agreement of project AM-BVI-4, Operation of Health Center, Boa Vista, Territory of Rio Branco", p. 2, December 15, 1950, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 12, Caixa 20.

[61] "Public Health in the Amazon Valley, Brazil, 1942-43", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 43, (May 1943): 4.

[62] Edward D. McLaughlin to the Secretary of State, dispach n. 358, August 4, 1943, Nara, RG 59, Decimal File, 1940-1944, Box 4.474.

[63] Conferência de organização sanitária ralizada no Serviço Especial de Saúde Pública entre 12 e 17 de abril de 1948, *Revista do Sesp*, I, n. 4 (maio 1948): 1095.

[64] Merhy (1992) atribui este pioneirismo a São Paulo.

[65] Campbell, E. P. "Planning for the Future of Sesp, presented by the Field Party of the Iaia", p. 4, 43, *Health and Sanitation Division*, Brazil, Nara, RG 229, Department of Basic Economy Reports on "Planning for the Future" (E-138), Box 1499.

[66] Campbell, E. P. "Planning for the Future of Sesp, presented by the Field Party of the Iaia", p. 27, *Health and Sanitation Division*, Brazil, Nara, RG 229, Department of Basic Economy Reports on "Planning for the Future" (E-138), Box 1499.

[67] Campbell, E. P. "Planning for the Future of Sesp, presented by the Field Party of the Iaia", p. 23, *Health and Sanitation Division*, Brazil, Nara, RG 229, Department of Basic Economy Reports on "Planning for the Future" (E-138), Box 1499.

[68] Alguns exemplos podem ser encontrados em contratos com os estados da Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo e Ceará. Cf. "A batalha contra as doenças e o exército da saúde", *Boletim do Sesp*, n. 17 (novembro 1951): 2; Sesp, "Termo de encerramento e sumário final do projeto n. MG-mge-40, Serviços Cooperativos de Saúde de Minas Gerais", p. 2, Outubro 7, 1960, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 66, Caixa 7; Sesp, "Termo de encerramento e sumário final do projeto n. ES-ESA-9, Privadas e melhorias de habitações – Espírito Santo", p. 1, Agosto 21, 1961, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 69, Caixa 7; Sesp, "Descrição do projeto n. ECE-FOR-25, Administração do escritório do SEESC em Fortaleza", p. 3, Agosto 1955, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 46, Caixa 5.

[69] Campbell, E. P. "Planning for the Future of Sesp, presented by the Field Party of the Iaia", p. 26, *Health and Sanitation Division*, Brazil, Nara, RG 229, Department of Basic Economy Reports on "Planning for the Future" (E-138), Box 1499.

[70] "Rio Doce Program", p. 2, Report of the Brazilian Field Party for the Month of April, 1944, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Fields Parties (E-143), Brazil, Box 1.601. Lembremos ainda os sistemas de águas e esgotos doravante originados da experiência no vale do Rio Doce.

[71] "Acordo celebrado recentemente na cidade de Governador Valadares, entre o chefe do governo mineiro e o Serviço Especial de Saúde Pública para o estabelecimento de centros de saúde em Governador Valadares e Aimorés", p. 1-2, Junho 5, 1944, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 55, Caixa 24.

[72] Sesp, "Sumário final e acôrdo de conclusão do projeto RD-LCE-4, Operação do centro de saúde de Aimorés, estado de Minas Gerais", p. 1-2, Janeiro 5, 1952, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 55, Caixa 24.

[73] Sesp, "Distribuição de despesas, Operação do centro de saúde de Governador Valadares, 21 de junho de 1952", anexado ao "Sumário final e acôrdo de conclusão do projeto RD-LAC-4, Operação do centro de saúde de Governador Valadares", AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 55, Caixa 24.

[74] "Notes: Brazil", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 123 (June 1948): 16.

[75] "O Sesp trabalhará em 19 municípios mineiros", *Boletim do Sesp*, n. 14 (agosto 1951): 2.

[76] "Têrmo aditivo ao convênio entre o governo do estado de Minas Gerais e o Serviço Especial de Saúde Pública, assinado em 11 de julho de 1955", p. 1-5, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 66, Caixa 7.

[77] FSesp, "Têrmo de encerramento e sumário final do projeto n. MG-mge-40, Serviços Cooperativos de Saúde de Minas Gerais", p. 1-5, Outubro 7, 1960, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 66, Caixa 7.

[78] "O Centro de Saúde de Colatina", *Boletim do Sesp*, n. 11 (junho 1944): 7-8. [79] "Translation of Agreement Signed Between Sesp and the Government of the State of Espírito Santo for the construction of the Colatina Health Center", p. 1-2, January, 1944, attachment n. 1 of the Monthly Report of January , 1944, Nara, RG 229, Records of Department of Badic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Pogress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1.601.

[80] Sesp, "Project Description and Agreement RD-COL-35, Sanitary District of Colatina", p. 1-3, January 2, 1953, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 71,

Caixa 25. A exigência de sanitaristas em tempo integral para trabalhar nos serviços sanitários era também uma característica do DNS, instituída pelas reformas de 1937 (Fonseca: 2005).

[81] FSesp, "Têrmo de encerramento e sumário final do projeto n. ES-ESA-40, Serviço Cooperativo de Saúde do estado do Espírito Santo", p. 1, Agosto 21, 1961, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 71, Caixa 25.

[82] "Convênio celebrado entre o govêrno do estado do Espírito Santo, o Ministério da Saúde e o Instituto de Assuntos Interamericanos", p. 1-4, Setembro 18, 1957, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 71, Caixa 25.

[83] Sesp, "Têrmo de encerramento e sumário final do projeto n. ES-VIT-1, Administração do escritório de Vitória", p. 1-4, Agosto 21, 1961, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 69, Caixa 7.

[84] Sesp, "Project agreement NE-ANO-4, Operation of the Health Center of Alagoa Nova, Paraíba", p. 1-3, October 19, 1949, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 77, Caixa 27.

[85] Sesp, "Project agreement NE-AGR-35, Medical assistance and health services for Alagoa Grande, Paraíba", p. 1-5, January 2, 1953, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 77, Caixa 27; FSesp, "Têrmo de encerramento e sumário final do projeto n. PB-AGR-35, Distrito Sanitário de Alagoa Grande, Paraíba", p. 1-4.

[86] Sesp, "Project description n. SC-SCA-40, Health Cooperative Service of Santa Catarina", p. 1, November 24, 1958, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 72, Caixa 8.

[87] "Criado o Serviço Cooperativo de Santa Catarina", *Boletim do Sesp*, n. 11 (novembro 1958): 1; FSesp, "Têrmo de encerramento e sumário final do projeto SC-SCA-40, Serviço Cooperativo de Saúde de Santa Catarina", p. 1-3, Junho 28, 1962, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 72, Caixa 8.

[88] FSesp, "Têrmo de encerramento e sumário final do projeto n. PR-PAR-40, Programa do Paraná", p. 1-4, Setembro 26, 1961, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 70, Caixa 7.

[89] "Têrmo do convênio entre o governo do estado do Paraná e o Serviço Especial de Saúde Pública", p. 1-5, Março 24, 1955, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 70, Caixa 7.

[90] Sesp, "Acôrdo e descrição do projeto n. AM-IAÇ-35, Distrito Sanitário de Igarapé-Áçu", p. 2, Janeiro 2, 1953, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 75, Caixa 7.

[91] FSesp, "Têrmo de encerramento e sumário final do projeto n. PA-BEL-35, Distrito Sanitário de Belém", p. 1-3, Novembro 29, 1963, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 74, Caixa 26; FSesp, "Têrmo de encerramento e sumário final do projeto n. AM-MAN-30, Serviços Médicos-Sanitários, Manaus, Amazonas", p. 1-6, Maio 21, 1962, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 70, Caixa 25.

9

Os Modelos Horizontal Integrado e Vertical:

colaboração na expansão do Poder Público

Modelos de Administração Sanitária

O modelo integrado de unidades sanitárias – também conhecido como modelo horizontal permanente ou, ainda, modelo distrital – proposto pelo Sesp coexistia com outros modelos e/ou propostas para a saúde pública no Brasil. O tradicional modelo das campanhas sanitárias, ou modelo vertical, supunha uma ação focada em um problema específico de saúde pública e implicava a criação de organismos especializados, centralizados e com uma direção vertical. Outra proposta, o 'sanitarismo desenvolvimentista', não chegou a gerar um modelo de administração sanitária.

Apesar de memorialistas do Sesp reivindicarem para esta agência o pioneirismo da introdução da proposta da rede horizontal permanente, alguns elementos desta forma de assistência à saúde, como os centros de saúde, por exemplo, já existiam no Brasil desde a década de 1920. Castro-Santos (1993) e Lina Faria (2002) chamam a atenção para o papel da Fundação Rockefeller na difusão deste modelo assistencial em São Paulo, onde, com a reforma sanitária de 1925, os centros de saúde tornaram-se o eixo de toda a estrutura da administração de saúde pública no estado. Neste sentido, São Paulo desenvolveu, ainda na República Velha, uma administração sanitária autônoma em relação aos serviços de saúde da União.

Emerson Merhy (1992) também analisou este processo, indicando, porém, que apesar de a reforma de 1925 fundamentar-se nos princípios da corrente 'médico-sanitária', que embasava o modelo administrativo alcunhado 'rede local permanente', a implantação do modelo em São Paulo

frustrou-se no decorrer da década de 1930. Os conflitos entre diferentes modelos sanitários desembocaram, já em 1931, no fortalecimento daqueles que advogavam por uma estrutura de assistência à saúde fundamentada nos princípios do que o autor nomeia "modelo vertical permanente especializado". Segundo Merhy, este "modelo tecno-assistencial" calcava-se numa "corrente mista", pois englobava elementos dos princípios campanhistas verticais com elementos do movimento 'rede local permanente', como por exemplo os centros de saúde. Estes, entretanto, no 'modelo vertical permanente especializado', estavam subordinados à lógica verticalista e, ao contrário do que propunha o modelo "rede local permanente", não representavam a unidade integral e mais importante do sistema de saúde pública (Merhy, 1992: 27-28, 174).

O movimento 'rede local permanente' ou 'horizontal permanente' pretendia organizar um amplo sistema de assistência de saúde, voltado para atividades de prevenção e educação sanitárias. Tinha como princípio alterar comportamentos individuais – tarefa da educação em saúde –, imputando ao indivíduo a responsabilidade por sua saúde. Ordenava-se em uma rede única de centros e postos de saúde permanentes, delimitada geograficamente em 'Distritos Sanitários', e que seria o centro do sistema responsável pela realização do conjunto das ações sanitárias. Inspirado nos padrões norte-americanos de administração sanitária elaborados pela Johns Hopkins School of Public Health, o modelo dos centros de saúde difundiu-se no Brasil a partir da presença da Fundação Rockefeller e dos sanitaristas brasileiros formados por aquela escola; na década de 1920, disputava com os adeptos das estratégias campanhistas/verticais a primazia na organização do Serviço Sanitário de São Paulo, e já era considerado antinacionalista por seus opositores, em função de suas raízes norte-americanas (Merhy, 1992).

O movimento vertical permanente especializado orientou-se segundo a tradição dos médicos da geração de Oswaldo Cruz e Emílio Ribas e dos líderes do movimento sanitarista, buscando "uma versão mais moderna das estratégias campanhistas" policiais. As idéias deste grupo materializaram-se nas reformas do Serviço Sanitário do estado de São Paulo, realizadas em 1918 e 1931. Esta última avançou na construção, a partir da existência de um problema específico, de serviços especializados paralelos para executar um conjunto de ações, desde a clássica polícia sanitária até a educação sanitária e a medicina curativa, entre outras. A especialização

deste modelo levou a própria educação sanitária a ser objeto de uma estrutura especializada – o centro de saúde – que se imbuía "da educação sanitária em geral e assistência médico-sanitária imediata". O centro de saúde era, portanto, admitido neste modelo, porém sem a centralidade que exercia no modelo da rede local permanente, tendo um papel subordinado dentro da lógica verticalista (Merhy, 1992: 111-112, 135, 141).

A hegemonia do projeto político identificado com um autoritarismo corporativista e com o nacionalismo favoreceu, num primeiro momento, os partidários do modelo vertical permanente especializado. Contudo, a conjuntura se alterava no Estado Novo. Se, por um lado, a presença do Sesp trouxe impacto, mesmo em São Paulo, na organização dos serviços sanitários, na medida em que a agência reforça as estratégias dos centros de saúde, por outro o próprio governo estadual paulista procurou, após a reforma de 1938, "introduzir uma convivência institucional mais permanente e diferenciada entre os serviços verticais permanentes (...) e os serviços ambulatoriais que se efetivaram através dos centros de saúde" (Merhy, 1992: 162). Porém, como já dissemos, a rede de unidades sanitárias não se constituiu como base de um modelo; estava subordinada aos serviços verticais e, em si, tornava-se um deles. Havia, portanto, uma mistura de elementos de dois modelos, reinterpretados de acordo com a realidade brasileira. A reforma de 1948, com a criação da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, consolidou esta estrutura heterodoxa, formada pela associação entre serviços verticais permanentes especializados e centros de saúde que, "juntos, somavam 75% de todos os recursos previstos para a saúde pública da época", no estado de São Paulo (Merhy, 1992: 186).

A experiência de São Paulo serviu de inspiração para políticas de saúde pública em outros estados e no próprio governo federal.[1] Durante a administração de Barros Barreto no DNS, incorporou-se o sistema de centros de saúde à estrutura da administração sanitária federal.[2] Segundo Barreto, desde 1934, quando "do início de reestruturação (...) da organização sanitária (...), remodelou-se a organização sanitária do Distrito Federal, *instituindo-se o sistema moderno e ideal dos Centros de Saúde*, e estendeu-se a ação federal aos Estados" (Barreto, 1942: 170, grifos nossos). Os estados foram divididos em Distritos Sanitários; estes ficaram responsáveis pela supervisão das unidades sanitárias – centros de saúde, postos e subpostos – estabelecidas para prover saúde pública em base local. Em 1942, o DNS já havia criado 350 distritos sanitários em todo o país, operando sob os

departamentos de saúde estaduais. Estes distritos administravam um total de 552 unidades sanitárias: 54 centros de saúde, 194 postos e 350 subpostos. Os estados respondiam pelas atribuições financeiras e administrativas da rede, apesar de Barreto reconhecer que as municipalidades deviam contribuir financeiramente para o sistema (Barreto, 1942).

Segundo Fonseca (2005: 124, 167), a polêmica no âmbito do governo federal sobre a adoção do sistema distrital remetia à administração do ministro Washington Pires (1932-1934) no Mesp, quando se deram os "primeiros passos para a reorganização e centralização na área da saúde".[3] Havia aqueles adeptos do sistema distrital, além de uma outra corrente de sanitaristas que admitia a existência dos centros de saúde, mas não "os considerava incompatíveis com o sistema de inspetorias". Tal como em São Paulo, acabou prevalecendo um modelo conciliador. Os centros de saúde foram incorporados à administração sanitária federal em todo o país, enquanto as inspetorias

> foram aos poucos dando lugar aos serviços especializados, que também cresceram e se expandiram, principalmente após a criação dos Serviços Nacionais em 1941, confirmando a interpretação de que o modelo distrital não era incompatível com uma estrutura de serviços especializados. (Fonseca, 2005: 168)

Barreto menciona o ano de 1934 pelo fato de ter sido a partir da administração do ministro Gustavo Capanema (1934-1945) que o Ministério da Educação e Saúde Pública definiu seus objetivos políticos e administrativos. A reforma sanitária de 1935-1937 desencadearia toda a política de saúde pública do Governo Vargas – chegando mesmo a alterar o próprio nome do ministério, para Ministério da Educação e Saúde (MES) –, consolidando uma estrutura administrativa centralizada e afinada com a política do governo. Fundaram-se as Delegacias Federais de Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde. As Delegacias supervisionavam as atividades exercidas em colaboração entre a União e os governos estaduais, além de inspecionar os serviços federais nos estados (Hochman & Fonseca, 2000; Fonseca, 2005).

A segunda reforma da administração Capanema ocorreria em 1941, e culminou na institucionalização dos Serviços Nacionais para atuar, de forma centralizada e vertical, em campanhas e serviços contra doenças específicas. O Estado Novo facilitou o movimento centralizador, acentuando o princípio de assegurar a presença do governo federal nos estados (Hochman & Fonseca, 1999; Fonseca, 2005).

A presença do governo federal nos estados, buscando "eficiência e uniformidade" nos serviços de saúde, fazia-se também através da indicação, pelo DNS, de sanitaristas de formação para dirigir, em regime de tempo integral, os departamentos de saúde estaduais. Esta direção centralizadora no âmbito político-administrativo federal combinava-se, na outra ponta da administração sanitária, com a descentralização executiva nas unidades de saúde. Destas unidades, a mais importante era o centro de saúde que, nas palavras de Barreto:

> é a unidade polivalente que, servindo a uma área determinada, [realiza o] controle das doenças transmissíveis, a proteção médico-sanitária da gestante e da criança, o saneamento e a polícia sanitária das habitações e logradouros, a higiene do trabalho e da alimentação, e os exames periódicos de saúde. (Barreto, 1942: 205)

Portanto, elementos de administração sanitária originários do modelo da rede horizontal e permanente de unidades de saúde, modelo horizontal integrado ou ainda modelo distrital já haviam sido incorporados à estrutura da administração federal pela reforma de 1934-1937. O trabalho do Sesp, principalmente a partir de 1948, foi de expandir este modelo, especialmente para as áreas rurais das regiões que eram alvo dos projetos de desenvolvimento do Estado brasileiro. Neste sentido, não havia, pois, conflito entre a atuação do Sesp e a atuação do DNS, porém um paralelismo de ações. Podemos até supor que se praticasse, mesmo informalmente, uma divisão de trabalho entre os espaços de atuação do DNS e os de atuação do Sesp. Isto porque, enquanto as unidades de saúde desta agência estavam localizadas no universo rural, os centros de saúde do DNS encontravam-se em sua maioria nas capitais brasileiras, nas maiores cidades ou em suas periferias.[4]

O modelo distrital, no entanto, não era o único na administração sanitária federal. Outro modelo também se estabeleceria na estrutura federal, sobretudo com a reforma de 1941 e a criação dos Serviços Nacionais de Saúde – uma série de agências centralizadas, verticais e especializadas no combate a uma doença específica. A organização dos Serviços Nacionais aponta para "mais uma estratégia do governo federal para intensificar sua intervenção sobre as ações de saúde em todo o país" (Fonseca, 2005: 244).

O modelo das campanhas ou vertical tem sua origem no Brasil quando Oswaldo Cruz, então diretor do DNSP (1903-1909), empreende as campanhas contra a febre amarela e a varíola, no Rio de Janeiro. Até 1920 – data

de origem do DNS – as campanhas eram fomentadas apenas em períodos de epidemias e a pedido dos estados, inexistindo ação continuada do governo federal. Com o DNS, as ações federais passam ter, por intermédio de instrumentos legais e financeiros, uma maior presença nos estados (Hochman, 1998). Durante a administração de Carlos Chagas no DNS (1920-1926), tentou-se uma reforma para aumentar a autoridade do governo federal em matéria sanitária, mas qualquer mudança dependia fundamentalmente de acordos entre a União e os estados. Até 1934, na realidade, a ação do governo federal sobre questões de saúde limitava-se ao Distrito Federal e aos portos (Barreto, 1942; Braga & Paula, 1981; Hochman, 1998).

A ação federal na esfera sanitária esteve enfraquecida durante o governo provisório de Vargas, mas reforçou-se a partir da promulgação da constituição de 1934 e da posse de Gustavo Capanema, no Ministério da Educação e Saúde Pública, naquele ano. Com o Estado Novo, criavam-se condições mais favoráveis para a centralização sanitária, o que de fato aconteceu sob a administração de João de Barros Barreto como diretor do DNS (Labra, 1987; Hochman & Fonseca, 2000). A institucionalização do modelo vertical avançou em 1937, quando o governo federal definiu o DNS como a agência federal responsável pela condução da política nacional de saúde no Brasil, incluindo a supervisão sobre os departamentos de saúde estaduais. Em 1941, quando da segunda reforma do MES, a centralização aumentou, fazendo o DNS "extender sua ação sobre todo o território brasileiro" (Barreto, 1942: 171). O DNS tornava-se responsável por 12 Serviços Nacionais autônomos, encarregados de combater doenças específicas. (Hochman & Fonseca, 2000; Fonseca, 2005).[5] A reforma de 1941 institucionalizou e centralizou, sob o DNS, as ações sanitárias que, até então, estavam distribuídas por outras agências. O governo federal nomeava sanitaristas para dirigir os departamentos de saúde estaduais e os Serviços Nacionais, garantindo lealdade política e padronização de ações técnicas e administrativas.[6] Tal intervenção sanitária federal marca uma ruptura com a tradição da República Velha de celebrar contratos entre a União e os estados. Só após a queda do Estado Novo e sob a Constituição democrática de 1946, a prática dos acordos sanitários entre a União e os estados é retomada, sendo os acordos do Sesp com os governos estaduais um exemplo disto.

Além deste caráter centralizador e normativo, a reforma de 1941 procurou estabelecer métodos de controle e prevenção, mediante trabalho

conjunto entre o DNS, as delegacias federais e departamentos estaduais de saúde. Ou seja, havia uma preocupação 'preventivista' e de continuidade das ações. O intuito de reafirmar a política de saúde pública como instrumento de combate às grandes endemias do interior e de valorização do povo brasileiro mostra que as reformas de Capanema também significaram a incorporação da saúde pública ao projeto de *state and nation building* do primeiro Governo Vargas. Isto não apenas por conta da centralização e padronização técnico-administrativa, mas também pelo incremento nas ações de rotina em saúde em regiões do país onde até então não existia ou era bastante rarefeita qualquer habitualidade em matéria de saúde pública (Hochman, 2001; Fonseca, 2005).

Portanto, como resultado das reformas da administração Capanema e da ação do Sesp, elementos de dois modelos de administração sanitária coexistiam na administração de saúde pública: o modelo vertical, representado pelos Serviços Nacionais; e o modelo horizontal, formado por uma rede de unidades de saúde – centros e postos. O Sesp contribuiu para expandir este segundo modelo, com sua política de levar saúde pública básica aos estados subdesenvolvidos do país, assinando convênios para modernizar, racionalizar e padronizar a administração sanitária estadual. Neste sentido, seu trabalho estava plenamente afinado com as políticas sanitárias empreendidas na Era Vargas, incorporadas ao projeto de fortalecimento do Estado nacional.

Ambos os modelos, portanto – o vertical e o horizontal permanente – são complementares neste processo, no sentido em que contribuem para a institucionalização da saúde pública e a expansão da autoridade do Estado no Brasil. Ambos são instrumentos utilizados para chegar à população, integrando-a ao poder público por meio de ações sanitárias de rotina, e foram ferramentas de expansão do poder público no Brasil. A mistura heterodoxa dos modelos é, inclusive, mais um indício que temos para confirmar a experiência de transação entre as tradições americanas e brasileiras no campo da saúde pública, pelo que o trabalho do Sesp não significou, simplesmente, a importação de um modelo de administração sanitária. As condições locais – onde se destaca a tradição sanitária brasileira das campanhas e serviços centralizados – tornaram possível a coexistência e a colaboração entre os dois modelos que, integrados na estrutura administrativa federal, cumpriram o mesmo papel de ampliar a autoridade do Estado.

Do ponto de vista dos atores sociais envolvidos naquele processo, podemos dizer que havia, sim, antagonismo e competição entre os modelos.

Os americanos não concordavam com a estrutura vertical e especializada, pois esta era prejudicial ao modelo da rede local permanente, de acordo com o Iaia, visão que pode ser claramente observada em documento de 1948, intitulado *Planning for the Future of Sesp*, em que o representante do Iaia afirma pretender fazer o Brasil adotar a "*nossa* moderna e integrada abordagem dos problemas de saúde". Isto pressupunha, para Eugene Campbell, a adoção da rede horizontal integrada em substituição aos Serviços Nacionais verticalizados. Campbell considerava a administração sanitária brasileira "ineficiente e dispendiosa", por ser formada por Serviços Nacionais especializados "sem nenhuma colaboração entre si e sem vinculação com os departamentos estaduais de saúde", e sugeria que o governo optasse pelo modelo dos centros de saúde.[7] Também pelo ponto de vista de Henrique Maia Penido, superintendente do Sesp em 1958, os dois modelos sanitários eram antagônicos. Dez anos depois do diagnóstico de Campbell, Penido repetiu suas críticas: lamentou que o Brasil não tivesse investido plenamente na organização de uma "estrutura permanente de saúde", devido à "insistência" do governo federal em manter os Serviços Nacionais, e enfatizou, exatamente conforme fizera Campbell, que o modelo vertical era "dispendioso e ineficiente". Segundo o superintendente do Sesp, um dos fatores que impediam o pleno desenvolvimento da rede horizontal integrada no Brasil era a manutenção do modelo dos serviços verticais. A alternativa seria expandir uma "estrutura sanitária permanente" e integrada aos departamentos de saúde estaduais (Penido, 1958: 187). Com esta crítica, Penido estava propondo uma completa reorientação do Ministério da Saúde (MS), pois, no final da década de 1950, a agência mais importante do MS era o DNERu, criado em 1956 e centralizador de todos os Serviços Nacionais de caráter vertical.

O Sanitarismo Desenvolvimentista

Na década de 1950, uma outra proposta se põe como alternativa ao modelo do Sesp no campo da administração sanitária brasileira, o chamado 'sanitarismo desenvolvimentista' (Luz, 1979), um movimento formado por médicos identificados com o 'desenvolvimentismo' e próximos ao campo político da esquerda. Tendo em Mário Magalhães da Silveira seu maior representante e reunindo outros intelectuais de renome, como Samuel Pessoa e Josué de Castro, o sanitarismo desenvolvimentista aproximou-se dos projetos do ISEB, durante o governo JK, e das reformas de base, no

governo Jango. O nacional-desenvolvimentismo, que orientou oficialmente a administração de Juscelino Kubitschek (1956-1961), tinha como princípio a perspectiva de que o desenvolvimento econômico, a ser alcançado via industrialização, resolveria todos os problemas do país. O sanitarismo desenvolvimentista nasceu no contexto do processo de industrialização do país e das disputas políticas que polarizaram o Brasil nas décadas de 1950 e 1960 (Toledo, 1977; Labra, 1987).

Os partidários do sanitarismo desenvolvimentista baseavam-se na noção de que a saúde da população dependia diretamente do nível do desenvolvimento econômico, e estabeleciam como pré-condição para a melhoria da saúde do povo brasileiro a resolução dos problemas econômicos e a melhor distribuição de riquezas no país. Acreditavam que a melhoria das condições sanitárias atrelava-se às transformações econômicas e sociais para que se tornasse uma conquista efetiva. Os médicos identificados com o sanitarismo desenvolvimentista acusavam o Sesp de não considerar os aspectos econômicos e sociais dos problemas sanitários, abordando a saúde pública como um 'problema técnico' (Labra, 1987; Bodstein & Fonseca, 1989). Segundo Luz (1979: 43), o sanitarismo desenvolvimentista se "opõe violentamente aos métodos de trabalho das unidades sanitárias do Sesp, espalhadas pelas (...) regiões mais subdesenvolvidas" e que aplicavam "esquemas de trabalho calcados em outros países". A polêmica chegou aos economistas. Na avaliação de Kertesz,

> muitos de nossos planejadores (...) acreditavam que é a melhoria das condições de saúde que induz ao desenvolvimento [e] tomavam as proporções por habitantes de médicos, enfermeiros, leitos hospitalares [nos] Estados Unidos e propunham esses coeficientes como metas capazes de igualar o nosso grau de desenvolvimento ao da grande nação norte-americana (...). A Fundação Sesp consagrou-se como um exemplo de mau planejamento com a adoção muito eficiente deste enfoque. (Kertez, 1975, apud Rosas, 1981: 42)

Segundo Luz (1979: 43), o sanitarismo desenvolvimentista formulou "definições básicas sobre como deveriam ser os Planos de Saúde", a partir das "relações entre saúde e economia" e da definição de que uma estrutura permanente de saúde "deveria ser de responsabilidade municipal, embora com assistência técnica e financeira de outras esferas do governo".

A perspectiva sanitária do Sesp norteava-se pelo conceito de 'ciclo vicioso' da doença e pobreza, a doença constituindo a causa da pobreza – "doenças produzem pobreza e pobreza produz mais doença" (Ministério da

Saúde, 1957: 6). Esta abordagem supõe que as doenças têm raízes fincadas na ignorância e nos 'maus hábitos' de alimentação e higiene da população – daí a importância fundamental da educação sanitária. Assim, acreditava-se que, com conhecimento técnico, profissionais qualificados e boa e moderna infra-estrutura sanitária, se poderia resolver os problemas sanitários, aumentar o nível de produtividade do trabalho, vencer a pobreza e conquistar o desenvolvimento. Em oposição, o grupo identificado com o sanitarismo desenvolvimentista argumentava que desenvolvimento econômico e mudanças sociais eram pré-requisito para o aumento dos níveis de saúde. Enquanto o sanitarismo desenvolvimentista enfatizava as raízes econômicas e sociais da pobreza e da doença, os sanitaristas do Sesp acreditavam que investimentos em um eficiente e moderno programa de saúde pública poderiam resolver os problemas sanitários e sociais brasileiros.

Estas visões contrastantes da relação entre saúde pública e desenvolvimento estão bem representadas em dois textos da década de 1950: um discurso do presidente Getúlio Vargas e um artigo de dois médicos do Sesp. No artigo, Campbell e Morehead (1952) analisam a idade e expectativa de vida da população brasileira, com o propósito de avaliar a capacidade produtiva do país. Como 53,3% da população do país tinha menos de 20 anos de idade, eles consideraram que esta população de jovens e crianças formava o grupo "economicamente dependente" dos produtores ou "economicamente ativos". Comparando o Brasil com os Estados Unidos, concluíram que, enquanto no Brasil cada produtor tinha pelo menos um dependente, nos Estados Unidos esta relação era de um produtor para cada meio dependente.

Os dois médicos do Sesp também compararam a expectativa de vida nos dois países: no Brasil, ela era de 39 anos na década de 1940 (no Rio e em São Paulo, 42 e 48 anos, respectivamente); enquanto que, nos Estados Unidos, a expectativa de vida média, no início dos anos 1950, era de 65 anos. Após cruzar dados da distribuição etária com a baixa expectativa de vida e o alto índice de mortalidade infantil no Brasil, os autores concluíram que nesta combinação perversa estava a origem da baixa produtividade do trabalho, e que

> a grande importância da dependência no Brasil não estava no dependente [– o menor de 20 anos] que, mais tarde, tornava-se produtor, mas nos custos adicionais dos dependentes que morrem antes de completar 20 anos, [o que] representa uma perda humana do pior tipo. (Campbell & Morehead, 1952: 408)

Os autores defendiam que medidas eficazes de saúde pública poderiam reduzir os índices de mortalidade infantil e juvenil, fornecendo condições para o aumento da produtividade no país. Eles finalizavam o artigo com uma referência ao então recém- publicado livro de Winslow, *The Cost of Sikness and the Price of Health*, considerado por Braga & Paula (1981: 32) como o "primeiro texto importante da teoria do ciclo vicioso da doença e da pobreza".

O sanitarismo desenvolvimentista conseguiu incorporar seu discurso à primeira mensagem de Getúlio Vargas ao Congresso Nacional, em 1951, quando este tomou posse como presidente eleito. O discurso de Vargas inicia-se com a afirmativa de que "o baixo índice de saúde prevalecente no país é um fiel *reflexo da pobreza* que penaliza a grande maioria do nosso povo". Vargas continua:

> Costumava-se inverter o problema, atribuindo esta condição à deficiência do brasileiro, minado pela doença (...) quando na verdade o povo é doente porque ainda não possui os meios de comprar sua saúde sob a forma de alimentação adequada, ambiente higiênico e sadio regime de trabalho. (Vargas, 1951, apud Medina, 1988: 111, grifos nossos)

O presidente toma um caminho diverso ao trilhado por Morehead e Campbell para abordar as relações entre saúde e pobreza. Vargas afirma que os grandes avanços conquistados pelos países desenvolvidos ocorreram ao mesmo tempo que as populações daqueles países tiveram suas condições de vida melhoradas por bons salários e condições de trabalho. Argumenta, ainda, que nos países desenvolvidos a administração sanitária apenas foi estabelecida depois que os problemas primários de saúde já haviam sido vencidos pela melhoria geral das condições de vida. Para Vargas, a elevação das condições de saúde no Brasil seria um corolário do desenvolvimento econômico do país. Em suas palavras: "a saúde pública é incontestavelmente um problema de superestrutura, que deverá (...) ajustar-se ao arcabouço institucional da Nação" (Vargas, apud Medina, 1988: 111).[8]

Na verdade, estamos aqui diante de uma controvérsia que polarizou opiniões durante o século XX. Segundo Farley (2004), as estratégias para se conquistar saúde e ampliar o bem-estar econômico durante o século XX podem ser comparadas a uma imagem de pêndulos oscilando entre dois extremos. No mundo da saúde, o pêndulo oscilou entre a idéia de que a melhoria das condições sanitárias era pré-condição para o progresso material e a tese que afirmava ser o desenvolvimento econômico o requisito para a eliminação dos problemas sanitários. Um segundo pêndulo, associado ao

primeiro, oscila entre os partidários das campanhas verticais, orientadas contra uma única doença, e aqueles que acreditavam que, para se conquistar saúde pública, devia-se desenvolver, a partir de uma infra-estrutrura sanitária básica, políticas de saúde horizontais e permanentes, voltadas para a prevenção. Também favoráveis a esta orientação estavam os que defendiam que as políticas sanitárias deviam respeitar as diversidades culturais daqueles que eram objetos destas políticas. No campo do desenvolvimento, o pêndulo oscilou entre os que acreditaram que o desenvolvimento é um caminho inexorável a ser seguido por todos os países, e aqueles que acreditavam que o sistema internacional originava e perpetuava desigualdades.

Segundo Packark & Brown (1997), no final da década de 1930 a hegemonia pertencia àquela primeira noção – baseada numa concepção 'reducionista' ou 'estritamente biomédica' da relação entre saúde e progresso material – de que era possível eliminar a pobreza e atingir o desenvolvimento resolvendo-se os problemas de saúde pública no campo exclusivo da medicina. Esta concepção fortaleceu-se depois da erradicação do *Anopheles gambiae* no Brasil e tornou-se preponderante no pós-Guerra, sendo seu maior símbolo a campanha mundial de erradicação da malária nas décadas de 1950 e 1960. No Brasil, contribuiu para esta supremacia a influência crescente da medicina norte-americana, via Fundação Rockefeller e, depois de 1942, Sesp.

Entretanto, como apontou Farley, o pêndulo entre as duas perspectivas sanitárias oscilou durante o século XX, sendo a concepção reducionista combatida por malariologistas europeus, que criam que as doenças seriam derrotadas pela melhoria das condições sociais. Segundo Packark & Gadelha (1997), esta abordagem social sobre saúde e pobreza estava refletida na Comissão de Malária da Liga das Nações que, entre 1924 e 1927, recomendou investimentos sociais para acabar com as doenças e trazer progresso material. Por outro lado, Farley aponta que, na década de 1950, todos aqueles pêndulos estavam posicionados em posições extremas, gerando um ambiente de polarização não apenas no campo da saúde mas também no campo da politica e nas concepções sobre o desenvolvimento.

Neste sentido, as divergências entre o sanitarismo desenvolvimentista e o Sesp representam, além de perspectivas diversas sobre a relação entre saúde e desenvolvimento, também concepções políticas divergentes sobre o desenvolvimento. O sanitarismo desenvolvimentista não propunha um modelo de administração sanitária alternativo, mas uma concepção política diversa daquela hegemônica no Sesp. Em termos de administração

sanitária, o sanitarismo desenvolvimentista aproximava-se, em certos pontos, do Sesp, por exemplo, ao defender a municipalização dos serviços de saúde – um princípio do modelo distrital. O conflito entre sespianos e o sanitaristas desenvolvimentistas reproduzia as batalhas políticas e ideológicas travadas no Brasil das décadas de 1950 e 1960. O Sesp era acusado pelo sanitarismo desenvolvimentista de ser uma instituição antinacional, com um modelo totalmente alienado da realidade brasileira. Um dos maiores representantes da corrente, o médico Mário Magalhães deixou claros os aspectos ideológicos da batalha, ao explicitar que seus adversários afirmavam que "quem é a favor da idéia de que a saúde pública não é um assunto de médicos, mas de desenvolvimento econômico, é comunista". Magalhães acusou o Sesp de ser uma instituição extremamente dispendiosa e tipicamente americana que "praticamente não trouxe benefícios ao Brasil". (Magalhães, 1980: 205-206). Sobre a noção do círculo vicioso, assim manifestou-se Magalhães: "círculos viciosos (...) que contribuem apenas para dizer que tudo é igualmente fundamental, levando os mais apressados à crença de que, entre a pobreza e doença, existe relação de causação circular indiferenciada" (Magalhães, 1963, apud Medina, 1981: 101).

Além das divergências político-ideológicas desta questão, devemos lembrar também os interesses pessoais e profissionais envolvidos. Fundada como agência especial, o Sesp tinha autonomia financeira e administrativa, pagava bons salários e criou um *ethos* de competência que o colocava em posição acima de outros órgãos da administração pública. Os médicos do Sesp se consideravam herdeiros do trabalho da Fundação Rockefeller no Brasil, inclusive porque a agência era regida por normas técnicas e profissionais, inspiradas nos padrões da Rockefeller, que valorizavam o conhecimento e demandavam tempo integral. Seus recursos econômicos, seu quadro profissional qualificado e seu papel político e sanitário permitiram ao Sesp estender sua filosofia para outras agências e alimentar uma mística que o tornou uma verdadeira 'escola' de saúde pública, responsável pela criação de diversas organizações institucionais (Peçanha, 1976).

Com todo este poder, algumas vezes a relação hierárquica entre o Ministério e o Sesp se invertia, ampliando as tensões com outros órgãos da administração sanitária. Durante a década de 1950, o Sesp expandiu-se a ponto de o diretor da U. S. Operations Missions in Brazil considerá-lo "maior, de fato, do que a Organização Mundial de Saúde".[9] Um superintendente do Sesp afirmou que a agência "tinha, algumas vezes, um orçamento maior do que o do Ministério da Saúde".[10] Ainda na década de

1970, um grupo de médicos identificados com a chamada 'reforma sanitária' assim se referiu à Fundação Sesp: "Até 1967, pelo menos, o perfil do Ministério era o perfil do Sesp: quase todas as atividades programadas e realizadas, que compõem os extensos e vazios planos e relatórios do Ministério da Saúde, são programados e executados pelo Sesp" (Buss, Shiraiwa & Maranhão, 1976, apud Rosas, 1981: 42). Apesar do provável exagero, tais discursos revelam muito da atitude e das percepções sobre o Sesp na administração sanitária brasileira, e não apenas as de seus funcionários ou defensores, mas também as dos seus adversários. Com tantas prerrogativas, o Sesp foi objeto de críticas e pressões para sua dissolução, não apenas da parte dos chamados sanitaristas desenvolvimentistas, mas inclusive de outros setores dentro do Ministério da Saúde (Pinheiro, 1992).

Entretanto, o projeto do sanitarismo desenvolvimentista, ainda que tema hegemônico na III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, não chegou, naquele momento, a repercutir nas políticas públicas. Por sua vez, o Sesp tinha muitos aliados e cumpria um importante papel no fortalecimento da autoridade pública nacional. Como analisou Pinheiro (1992), a forte presença do Sesp no nordeste brasileiro na década de 1950 fez da agência um instrumento politicamente bastante útil para o Estado brasileiro. Da década de 1950 até o início da década de 1960, o país experimentou um período de muitos conflitos sociais, principalmente no nordeste, onde as Ligas Camponesas desafiavam a velha estrutura oligárquica. A manutenção da autoridade federal na região tornou-se ainda mais importante naquela conjuntura. O reconhecimento do papel do Sesp como instrumento da autoridade federal a atingir as mais isoladas regiões do nordeste foi um dos motivos que levou o presidente Juscelino Kubitschek a apoiar o Sesp e seus Serviços Cooperativos de Saúde (Pinheiro, 1992).

Epílogo

Memorialistas do Sesp atribuem o seu declínio e perda de liderança no campo da saúde pública à sua transformação em Fundação, em 1960 (Bastos, 1993). Na década de 1950, o Sesp atingira o ápice de sua autonomia, poder e prestígio. Consolidando-se como instituição, expandiu sua área de atuação geográfica e profissional, diversificou atividades e influenciou a organização de outras instituições, como os departamentos de saúde estaduais. Estes departamentos seriam então reorganizados, modernizados e assumiriam funções antes outorgadas ao Sesp. Apesar da necessidade

de relativizarmos esta memória do declínio, há um elemento que deve ser reconhecido: a modernização e o fortalecimento dos departamentos de saúde estaduais, um dos objetivos dos Serviços Cooperativos de Saúde do Sesp, contribuíram, no longo prazo, para tornar a agência 'menos útil' e, portanto, menos importante.

Quando, em 1960, o Sesp teve seu estatuto jurídico alterado e tornou-se uma Fundação abaixo do Ministério da Saúde, perdeu de fato muito da autonomia, poder e recursos que tinha enquanto 'agência especial'. Algumas de suas funções foram transferidas para outros órgãos do Ministério da Saúde. Segundo Rezende & Heller (2002: 218), "esta nova fase vivenciada pela FSesp mostra predomínio pelas ações de saneamento, mais especificamente o abastecimento de águas e a coleta de esgotos, e um esvaziamento das ações de saúde, para os quais os recursos passaram a ser cada vez mais escassos". Sua subordinação direta ao Ministério acarretou efeitos colaterais; como qualquer órgão federal regular, a Fundação Sesp tornou-se mais exposta à influência de interesses político-partidários. Da mesma forma, a FSesp estava vulnerável às crises orçamentárias que afetavam o Estado brasileiro, constantes durante os instáveis anos anteriores ao golpe militar de 1964. Neste ano, por sinal, o superintendente da Fundação Sesp declarou que o órgão achava-se à beira da falência (Bastos, 1993). Ainda em 1964, a FSesp perdeu espaço quando o recém-instalado governo militar extinguiu os Serviços Cooperativos de Saúde com os estados (Pinheiro, 1992). Precisamos ponderar sobre um detalhe importante: mesmo com a saída dos americanos, a perda de seu caráter 'especial' e com sua subordinação efetiva ao Ministério da Saúde, a FSesp não foi colocada sob o DNS ou sob o DNERu; ou seja, como Fundação, continuou a ser uma agência ainda com muito mais autonomia do que demais órgãos da administração sanitária direta.

Por outro lado, nos é importante entender esta memória do declínio apresentada por seus memorialistas dentro do processo mais amplo da perda de importância da saúde pública. Diversos historiadores demonstram que tal declínio no Brasil começou em 1930 (Castro-Santos, 1985, 1987; Braga & Paula, 1981; Campos, 1991; Merhy, 1992). Segundo Castro-Santos (1985, 1987), o movimento sanitarista da Primeira República, protagonista da agenda política nas décadas de 1910 e 1920, perdeu espaço depois de 1930. A burocratização da saúde pública, especialmente depois da criação do Mesp, teria provocado o enfraquecimento e a perda da importância do movimento e da agenda sanitária. A 'marcha para o oeste' do regime Vargas teria sido uma forma de Vargas não enfrentar as velhas oligarquias rurais

denunciadas pelo movimento sanitarista, deslocando a atenção do regime para regiões de 'fronteira econômica' do vasto interior do país.

Campos (1991: 30-34) indica que, depois de 1930, "apesar do processo de industrialização", o declínio da saúde pública é evidente. Concorda que a saúde pública seguiu a tendência de centralização do Estado brasileiro entre 1930 e 1945, tornando-se uma política nacional. Em contrapartida, argumenta o autor, esta tendência foi seguida por um declínio de investimentos em termos relativos, nos governos federal e estaduais. Como exemplo, cita os investimentos federais em saúde que, antes de 1930, compreendiam entre 10% e 15% do orçamento, e que, depois de 1930, nunca voltaram a atingir tais percentuais. Campos conclui que, se os recursos econômicos para a saúde pública foram se reduzindo, o poder político deste campo também diminuiu.

Braga & Paula (1981: 56-57) concordam que as políticas de saúde pública declinaram depois de 1930. Segundo eles, apesar de a saúde pública ter sido reconhecida, pelo Governo Vargas, como "problema social", os investimentos nesta área nunca estiveram no topo das prioridades do governo. Este aparente paradoxo é explicado pelo fato de que o primeiro Governo Vargas concentrou os "relativamente escassos" recursos do Estado investindo em infra-estrutura, para acelerar a industrialização. Além disto, o "modelo de saúde pública" desenvolvido pelo país demandava altos níveis de investimentos, o que colidia com a baixa capacidade fiscal do Estado e as prioridades dadas ao desenvolvimento industrial.

Campos (1991: 41-42) discorda do que chama de "limitada explicação" de Braga & Paula, declarando que o declínio da saúde pública relaciona-se a dois fatores: primeiro, o fato de as políticas terem perdido sua importância como instrumento de controle social. Esta função passou a ser cumprida pelo sistema de assistência médica individual que, progressivamente, expandiu-se entre 1930 e 1960, com a montagem do sistema previdenciário brasileiro. A segunda razão estaria na "acumulação selvagem de capital", que obstruiu os elementos interessados na promoção de saúde pública e demandou a regulação da força de trabalho por meio dos sindicatos oficiais do sistema previdenciário baseado no atendimento médico curativo. Portanto, ao invés de uma incapacidade econômica do Estado em promover saúde pública, houve incapacidade política, devido aos interesses da acelerada industrialização e seus pressupostos de irrestrita acumulação de capital.

Merhy (1992: 148, 211) também concorda com a subalternidade das políticas de saúde pública a partir da década de 1930, diante da nova

política sindical e previdenciária, construída como resposta aos desafios do processo de modernização, industrialização e urbanização. Afirma, entretanto, que, se por um lado a previdência social vai atender aos trabalhadores que entram na arena da "cidadania outorgada", "para o conjunto indiscriminado da população" a saúde pública ainda tinha um papel importante a desempenhar e ocupou um novo tipo de 'lugar' – o de uma politica social complementar. Isto porque, com a maioria dos trabalhadores excluída dos benefícios previdenciários, a demanda social por atenção à saúde "foi respondida pelo Estado com a expansão das redes locais", que, desta forma, garantia o acesso da população não atendida por uma previdência social de caráter corporativo e excludente.

A ampliação da previdência social entre 1930 e 1960 certamente é um fator que explica o declínio da saúde pública como tema prioritário da agenda política. Segundo Malloy (1979), o sistema de previdência social fez parte da estratégia de modernizar o país, inserindo os trabalhadores num modelo corporativista, e privilegiou o atendimento médico individual para uma crescente classe operária. Para Braga & Paula (1981), entre 1930 e 1945 existiam dois subsetores nas políticas de saúde: a saúde pública e a previdência social, sendo a primeira predominante. O subsetor da previdência social expandiu-se de forma extraordinária, mormente na década de 1950, tornando-se predominante na década de 1960. A partir de 1965, há uma tendência para o declínio dos investimentos federais em saúde pública, ao lado de um aumento das inversões em atendimento médico individual. O quadro abaixo é bastante revelador desta reorientação.

TABELA 9 – Percentual de investimentos federais em saúde pública e medicina curativa (1949-1982)

Ano	Saúde Pública	Medicina Curativa	Total
1949	87	13	100
1965	64	36	100
1969	41	59	100
1975	30	70	100
1982	15	85	100

Fonte: *Saúde em Debate*, n. 22 (outubro de 1988): 35.

Outro fator que devemos considerar no processo de declínio da saúde pública foi o notável desenvolvimento científico e tecnológico ocorrido na medicina entre as décadas de 1940 e 1950, nos planos internacional e nacional. Este desenvolvimento resultou numa intensa utilização de novas drogas, técnicas, produtos e tecnologias sofisticadas aplicadas ao conhecimento médico, e trouxe o hospital para o centro do sistema de saúde. Os custos cresciam rapidamente e a medicina agora tornava-se uma indústria. O sistema de atendimento médico curativo transformou-se em um grande negócio e a clínica deslocou-se para o centro da política nacional de saúde. A saúde pública foi a grande perdedora neste processo (Braga & Paula, 1981; Starr, 1982).

Em trabalho mais recente, Hochman (2001) abordou a questão do declínio da saúde pública no pós-1930 em outros termos, preferindo observar as "continuidades e rupturas" daquele processo. Para o autor, a separação entre saúde pública, voltada para a população rural, e assistência médica, associada à previdência social e orientada para os trabalhadores urbanos sindicalizados, constituiu-se uma inovação fundamental da Era Vargas e, neste sentido, uma importante ruptura. Neste movimento, a saúde pública, que havia adquirido centralidade com o movimento sanitarista da República Velha, perde espaço na agenda do Governo Vargas para a previdência social. Entretanto, apesar disto, a dimensão de continuidade da política de saúde pública pode ser verificada do ponto de vista macro-histórico, ou seja, pelo fato de que, no processo continuado e lento de construção do Estado-nação, a saúde pública continuou a desempenhar um papel importante, apesar da perda de sua centralidade na agenda política. A organização de serviços de saúde voltados para a população em geral, em especial a população do interior, de caráter abrangente e universal – agenda encaminhada pelo Estado Novo – significou a ampliação do poder público sobre territórios e populações muitas vezes, até então, submetidas apenas aos oligarcas locais.

Também para Fonseca (2005: 10, 20), as políticas públicas empreendidas no primeiro Governo Vargas, apresentaram "dois formatos diferenciados de prestação de serviços de saúde", representados pelas ações do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, por um lado, e o da Educação e Saúde Pública, por outro. A criação destes ministérios institucionalizou "duas formas distintas de política social, uma corporativa e outra universalista". Segundo a autora, a tradição do movimento sanitarista foi "incorporada e reelaborada" pelo regime pós-1930, sendo que as políticas de saúde

elaboradas com caráter universalista obedeceriam à lógica do governo federal de "garantir sua presença no interior do país" e, portanto, estavam adequadas ao "novo processo de *state building* definido para o país". Por conseguinte, as políticas de saúde pública da Era Vargas estariam plenamente coerentes com ações tomadas pelo governo brasileiro nas outras esferas da vida econômica, política e jurídica, e que constituíam "instrumento de processo de construção do Estado e fortalecimento do poder público".[11]

Como já demonstramos, as políticas de saúde empreendidas pelo Sesp reportavam-se à mesma lógica daquelas elaboradas e executadas pelo DNS, principalmente a partir das reformas de 1934-1937 e 1941. Portanto, é dentro da mesma lógica de fortalecimento do poder do Estado que devemos entender o papel do Sesp e de suas políticas entre 1942 e 1960. O Sesp encaminhou políticas sanitárias voltadas para o interior; montou uma rede de unidades sanitárias; construiu e administrou instituições no campo da saúde – escolas de enfermagem, hospitais, centros de saúde, sistemas de abastecimento de águas e esgotos; normatizou técnicas e procedimentos; contratou e expandiu uma burocracia; estabeleceu convênios com estados e municípios para fornecimento de saúde pública e qualificação de pessoal; empreendeu educação sanitária; enfim, pôs em prática uma agenda perfeitamente afinada com o projeto de construção do Estado nacional e desenvolvimento do país, encampando uma agenda sanitária comum também ao DNS e preconizada pelo Estado Novo antes mesmo da criação do Sesp, em 1942.

Notas

1 Segundo Merhy (1992: 167), o próprio Gustavo Capanema reconheceu a "antecedência de São Paulo" no uso da tendência 'mista' ou 'heterodoxa' de implantação dos centros de saúde numa lógica verticalista.

2 Barros Barreto foi diretor do Serviço de Saúde de São Paulo em 1931 e lá havia criado a Secretaria de Educação e Saúde Pública.

3 A reforma do Mesp durante a administração de Washington Pires (1932-1934) "deve ser vista como uma fase de transição entre o modelo de ação nacional até então vigente – baseado sobretudo nos postos de profilaxia rural e nas inspetorias de saúde e dos portos – e aquele que seria construído durante a gestão Capanema" (Fonseca, 2005: 129).

4 Os estados do RS e do RJ eram os únicos que mantinham, em 1942, centros de saúde operados pelo DNS no interior, sendo que, dos cinco centros do RS, três estavam na capital e dois no interior. Cf. Barreto (1942).

[5] Os serviços instituídos eram: Serviço Nacional da Peste; Serviço Nacional de Tuberculose; Serviço Nacional de Febre Amarela; Serviço Nacional do Câncer; Serviço Nacional de Lepra; Serviço Nacional de Malária; Serviço Nacional de Doenças Mentais; Serviço Nacional de Educação Sanitária; Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina; Serviço Nacional dos Portos; Serviço Federal de Bioestatística e Serviço Federal de Águas e Esgotos. O Serviço de Febre Amarela e o Serviço de Malária do Nordeste antecederam os demais. Cf. Hochman & Fonseca (2000).

[6] Hochman & Fonseca (2000) indicam, entretanto, que mesmo durante o autoritarismo do Estado Novo existiam fóruns como a 1ª Conferência Nacional de Saúde (1941), onde as políticas normativas e centralizadoras do governo federal eram pactuadas com profissionais da saúde e autoridades estaduais.

[7] Campbell, E. P. "Planning for the Future of Sesp, presented by the Field Party of the Iaia", p. 43, *Health and Sanitation Division*, Brazil, Nara, RG 229, Department of Basic Economy Reports on "Planning for the Future" (E-138), Box 1499. A crítica de Campbell de que não havia colaboração entre os Serviços e os departamentos de saúde estaduais não procede. Esta colaboração estava clara na reforma Capanema, conforme mostrou Fonseca (2005).

[8] O discurso também foi comentado pelo Boletim do Sesp. Cf. "O presidente Vargas e a saúde", *Boletim do Sesp*, n. 9 (março 1951): 1-6.

[9] Cottam, H. R. "Point 4 in Brazil", p. 3, *Department of State Publication 6741*, Inter-American Series 54, January 1959.

[10] Nilo Chaves de Brito Bastos, entrevista concedida em 9 de setembro de 1991, reproduzida em Pinheiro, 1992: 96.

[11] A reforma administrativa que culminou com a criação do Dasp, do IBGE, da CSN, da CVRD, da Sumoc, do CNP e, já no segundo Governo Vargas, do CNPq, do BNDE e da Petrobrás evidencia a política varguista de fortalecimento e ampliação do poder de Estado pelo país.

Conclusão

Este livro analisou a história do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) e suas políticas de saúde no Brasil entre 1942 e 1960. Criado na conjuntura da Segunda Guerra Mundial e da Política da Boa Vizinhança mediante um acordo entre os governos norte-americano e brasileiro, o Sesp realizava suas políticas em parceria com o Instituto de Assuntos Interamericanos (Iaia). O objetivo do acordo, do ponto de vista dos norte-americanos, era o fomento de políticas sanitárias pontuais nos vales do Amazonas e do Rio Doce para que a melhoria das condições sanitárias proporcionasse um aumento da produção de matérias-primas de guerra para os Aliados, tais como borracha e minério de ferro. O Sesp também empreendeu políticas de controle de malária ao redor das bases militares norte-americanas então instaladas no Brasil. Financiado com recursos internacionais e nacionais, o Sesp tinha completa autonomia jurídica, administrativa e financeira dentro do Ministério da Educação e Saúde Pública.

Entretanto, apesar de seu caráter internacional, da influência dos interesses e dos recursos norte-americanos, o Sesp não limitava-se a cumprir o papel de uma agência temporária de guerra, pois nunca atuou num vazio político, institucional ou cultural. As diferentes perspectivas dos dois países, além das particularidades da cultura e da tradição sanitária brasileira implicaram conflitos, negociações e transações entre as estratégias internacionais e as respostas locais. A configuração, as políticas e ações do Sesp não podem ser dissociadas das diretrizes político-institucionais então empreendidas pelo Estado Novo. Quando da assinatura do acordo com os norte-americanos, havia uma ditadura nacionalista no Brasil, com

um governo empenhado em um projeto de desenvolvimento econômico e de fortalecimento do Estado nacional. O Brasil já possuía tradição de pesquisa biomédica e administração sanitária. Desde a década de 1920 crescia a ação federal nos estados, tendência que se consolidou depois da Revolução de 1930, quando o governo Vargas criou o Ministério da Educação e Saúde Pública, cujas diretrizes políticas e administrativas já haviam sido objeto de duas reformas, em 1935-1937 e 1941. Neste sentido, as políticas sanitárias do Sesp, tais como aquelas executadas pelo Departamento Nacional de Saúde, devem ser compreendidas como estratégias de expansão da autoridade pública no país.

O programa sanitário do Instituto de Assuntos Interamericanos, apesar de originalmente planejado como um projeto temporário relativo ao esforço de guerra, não apenas sobreviveu à conjuntura na qual se estabeleceu, mas também expandiu sua atuação e suas funções no Brasil pelas décadas subseqüentes. A continuidade do programa no pós-Guerra está ligada, no plano internacional, às novas funções da saúde pública internacional. O 'otimismo sanitário' gerado pelas novas conquistas no campo da medicina contribuiu para a crença de que a ciência e a tecnologia podiam vencer as endemias que inibiam a produtividade e reproduziam a pobreza. A 'cooperação técnica' como estratégia para alcançar o desenvolvimento, vencer a pobreza e combater o comunismo tornou-se a nova orientação da política externa norte-americana, refletida em programas como o Ponto IV, entre outros. O otimismo sanitário e a cultura do desenvolvimento contribuíram para instituir uma relação entre saúde e desenvolvimento, em que cabia à saúde pública o importante papel de erradicação de doenças que debilitavam os trabalhadores dos países subdesenvolvidos. Coerente com esta linha, o acordo sanitário que criou o Sesp tornou-se um modelo para a 'cooperação internacional' por meio de políticas internacionais de saúde no pós-1947.

A capacidade do Sesp de se sobrepujar à validade temporária de seu contexto de origem deve ser compreendida não exclusivamente a partir da análise da conjuntura internacional. No Brasil, o Sesp desenvolveu uma estratégia para sua sobrevivência, diversificação e expansão. Um movimento fundamental nesta estratégia foi a reorientação da agência para o objetivo de montar e promover uma administração sanitária integrada e moderna, em que se destacavam: a qualificação de pessoal, a educação sanitária, a construção e alargamento de uma rede horizontal e integrada

de saúde pelos departamentos de saúde estaduais. Além disso, a continuidade do Sesp significou, para a agência, incorporar-se aos planos regionais de desenvolvimento do Estado brasileiro, implementados, principalmente, em regiões mais carentes do país, especialmente o Nordeste e a Amazônia, na década de 1950. Ao provir de infra-estrutura sanitária básica aquelas regiões, o Sesp prosseguia sendo um instrumento de expansão da autoridade pública no Brasil.

Não obstante as críticas de seus opositores, que acusavam o Sesp de ser uma instituição estrangeira e alienada da realidade nacional, observamos que suas políticas de saúde obedeciam à mesma lógica daquelas elaboradas e executadas pelo Departamento Nacional de Saúde, sobretudo a partir das reformas de 1934-1937 e 1941, e estavam perfeitamente alinhadas com a estratégia varguista de utilização das políticas de saúde pública como instrumento de expansão da autoridade estatal no interior do país. Portanto, é dentro desta mesma lógica de fortalecimento do poder do Estado que devemos entender o papel do Sesp e de suas ações no campo da saúde pública de 1942 a 1960. O Sesp encaminhou políticas sanitárias voltadas para o interior; construiu e administrou uma rede de unidades sanitárias e instituições no campo da saúde – escolas de enfermagem, hospitais, centros de saúde, sistema de abastecimento de águas e coleta de esgotos; normatizou técnicas e procedimentos; contratou e propagou uma burocracia; estabeleceu convênios com estados e municípios para a promoção de saúde pública e qualificação de pessoal; empreendeu educação sanitária.

Por fim, Sesp contribuiu, com planejamento e execução de ações rotineiras na área de saúde, para o exercício de uma vasta agenda afinada com o projeto de incorporação da saúde pública como instrumento de integração da população à concepção de um Estado nacional, de desenvolvimento do país e de expansão da autoridade estatal no Brasil.

Memória Fotográfica

Classe de enfermeiras auxiliares no dia de sua graduação em 13 de setembro de 1947, Santarém, AM.

FONTE: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fundo Sesp I, Caixa 18, foto 8.

Grupo de crianças do grupo escolar com médico do centro de saúde, Governador Valadares, 1947.

FONTE: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fundo Sesp I, Caixa 18, Série Assistência Médico-Sanitária, Anexo II do Relatório do mês de julho de 1947, página 3.

Programa do Amazonas, demonstração de aplicação de DDT, Belém, 1947.

Fonte: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fundo Sesp I, Caixa 18, foto 15.

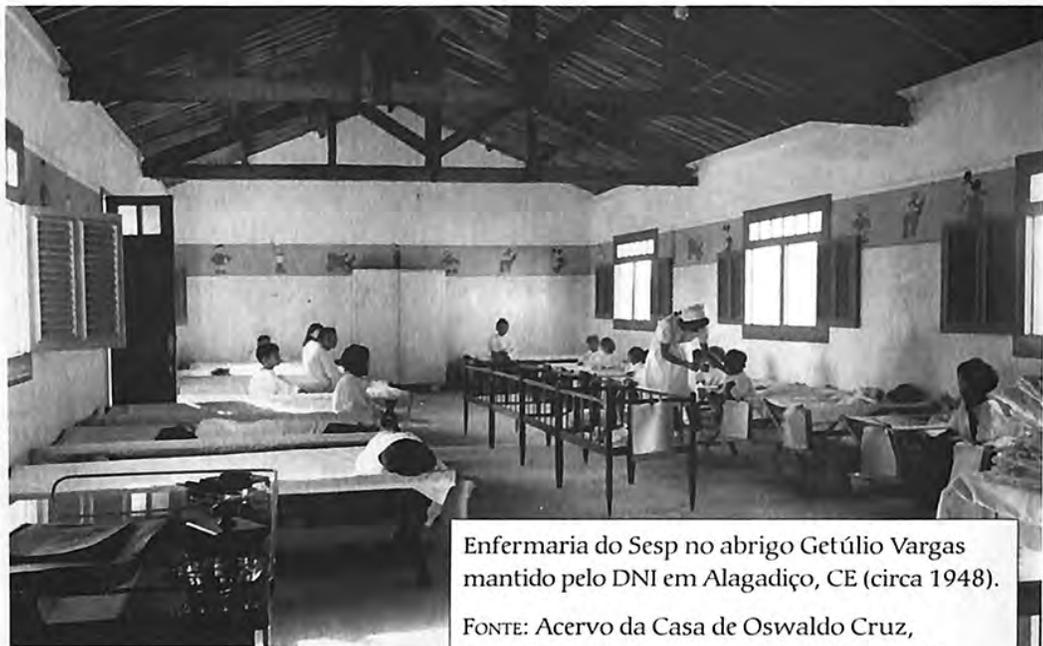
Programa do Rio Doce, guardas sanitários no dia de encerramento do curso, 1951.

Fonte: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fundo SESP I, Caixa 9, foto 17.

Grupo de 'curiosas' em Governador Valadares, tendo ao centro o médico do centro de saúde. A extrema direita, duas 'visitadoras', 1947.

FONTE: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fundo Sesp I, Caixa 18, Série Assistência Médico-Sanitária, Anexo II do Relatório do mês de julho de 1947, página 3.

Grupo de estudantes do curso para 'visitadoras sanitárias' em Governador Valadares, em frente ao prédio do Sesp usado para residência, 1947.

FONTE: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fundo Sesp I, Caixa 18, Série Assistência Médico-Sanitária, Anexo II do Relatório do mês de julho de 1947, página 4.

Enfermaria do Sesp no abrigo Getúlio Vargas mantido pelo DNI em Alagadiço, CE (circa 1948).

Fonte: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fundo Sesp I, Caixa 21, documento 24.

Enfermaria e posto médico de Prado, Fortaleza, onde dr. Walter Magno, do Sesp, examina um migrante. (sem data)

Fonte: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fundo Sesp I, Caixa 21, documento 24.

Ala pediátrica no Campo de Alagadiço, Fortaleza, CE. (sem data)

Fonte: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fundo Sesp I, Caixa 21, documento 24.

Centro de Saúde em Governador Valadares. (sem data)

Fonte: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fundo Sesp I, Caixa 24, documento 54.

Aspecto interior de posto médico para migrantes, Teresina, PI, junho de 1943.

FONTE: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fundo Sesp I, Caixa 25, documento 67.

Acampamento do SEMTA; migrante escreve uma carta para familiares. Teresina, PI, junho de 1943.

FONTE: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fundo Sesp I, Caixa 25, documento 67.

Laboratório em Governador Valadares, Programa do Rio Doce, novembro, 1944.

Fonte: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fundo Sesp I, Caixa 25, documento 67.

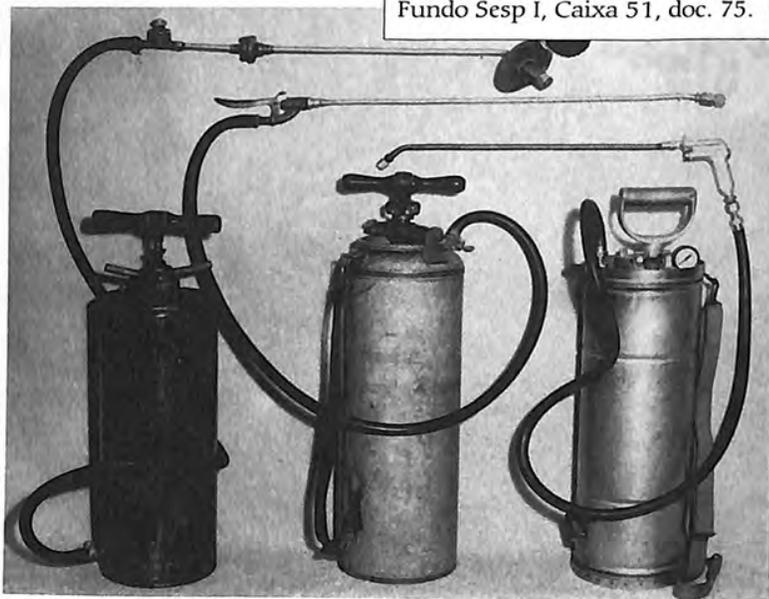
Inauguração do dique de Belém. No marco da obra, as bandeiras do Brasil e dos Estados Unidos colocadas lado a lado. Ao fundo, trabalhadores perfilados. Setembro de 1942.

Fonte: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fundo Sesp I, Caixa 47, Álbum de fotografias.

Guarda aspersor em ação, dezembro de 1950.

FONTE: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fundo Sesp I, Caixa 51, doc. 75.

Aspersores manuais empregados nas dedetizações domiciliares. (1950)

FONTE: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fundo Sesp I, Caixa 51, doc. 75.

Referências Bibliográficas

FONTES NÃO IMPRESSAS

Arquivos e Fundos:

Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fiocruz, Rio de Janeiro

Fundo Fundação Serviço Especial de Saúde Pública

Série Administração

Série Assistência Médico-Sanitária

Arquivo Nacional (AN), Rio de Janeiro

Soldados da Borracha, Fundo Paulo Assis Ribeiro

Soldados da Borracha, Fundo Gabinete Civil da Presidência da República

Arquivo Histórico do Itamaraty (AIH), Rio de Janeiro

Contratos

Correspondência Diplomática Oficial. Ofícios de Washington

Arquivo Gustavo Capanema, Centro de Documentação e Pesquisa da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

Série Ministério da Educação e Saúde

Série Produção Intelectual

Subsérie Saúde e Serviço Social, Documentos do Sesp

Série Correspondência

Franklin Delano Roosevelt (FDR) Library, Hyde Park, NY

Berle Papers, Ambassador do Brazil: Correspondence, 1945-1946

Morris L. Cooke Papers (1936-1945)

Papers of Stephen T. Early

Sumner Welles Papers, Latin America Files, 1919-1943

National Archives and Records Administrations (NARA), Maryland College Park, MD

RG 59, Decimal File, 1940-1944

RG 59, Decimal File, 1945-1949

RG 59, Decimal File, 1950-1954

RG 59, Decimal File, 1955-1959

RG 59, Decimal File, 1960-1963

RG 59, Records of the Assistant Secretary of State for Inter-American Affairs, Henry Holland, 1953-56

RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil

RG 208, NC -148, Entry E-198

RG 223, General Records, Central Files, 1940-45, 1. Basic Economic, Country Files, Brazil

RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil

RG 229, Department of Basic Economy Reports on "Planning for the Future" (E-138)

RG 229, General Records, Central File, 1. Basic Economic, Country Files, Brazil

RG 229, General Records, Central File, 1. Basic Economic, Health and Sanitation Division

RG 229, Accession 3274

National Archives and Records Administration (Nara), Washington, D. C.

RG 287, Publications of the Federal Government, President of the United States, 1789-

FONTES PUBLICADAS

ABEL, E. K. & REIFEL, N. Interaction between public health nurses and clients on American Indian Reservations during the 1930s. *Social History of Medicine*, 9(1): 89-108, 1996.

ACKERKNECHT, E. H. *History and Geography of the Most Important Diseases*. New York: Hafner, 1965.

AGUDELO, S. F. *El paludismo en America Latina*. Guadalajara, Mexico: Universidad de Guadalajara, 1990.

ALVES, N. P. P. *Política da Borracha no Brasil: a falência da borracha vegetal*. São Paulo: Hucitec, 1984.

ARMUS, D. Cultura, historia y enfermedad. A modo de introducción. In: ARMUS, D. (Ed.) *Entre médicos y curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma, 2002. p.11-25.

ARMUS, D. Disease in the historiography of Modern Latin America. In: ARMUS, D. (Org.) *Disease in Modern Latin America: from malaria to aids*. Dunham & London: Duke University Press, 2003. p.1-24.

AROUCA, A. S. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*, 1975. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

BALL, N. Drought and Dependence in the Sahel. In: NAVARRO, V. (Ed.) *Imperialism Health and Medicine*. New York: Baywood Publishing Company, 1981.

BANDEIRA, M. *Presença dos Estados Unidos no Brasil (Dois séculos de história)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1973.

BANDEIRA, M. *O Milagre Alemão e o Desenvolvimento do Brasil: as relações da Alemanha com Brasil e América Latina (1949-1994)*. São Paulo: Ensaio, 1994.

BARRETO, J. B. A organização da saúde pública no Brasil. *Arquivos de Higiene*, 12(2): 169-215, 1942.

BASTO, A. & FARIA, G. Unidade médico-sanitária rural na Amazônia. *Revista do Sesp*, 2(3): 885-895, 1949.

BASTOS, N. C. B. *Sesp/FSesp: 1942 – evolução histórica – 1991*. Recife: Comunicarte, 1993.

BASTOS, N. C. B. & SILVA, O. J. Programas educativos nas unidades sanitárias do Serviço Especial de Saúde Pública. *Revista do Sesp*, 6(1): 219-84, 1953.

BATISTA, D. *O Paludismo na Amazômia*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946.

BATISTA, D. Introdução: Oswaldo Cruz na Amazônia. In: REIS, A. (Org.) *Sobre o Saneamento da Amazônia*. Manaus: P. Daou., 1977. p.ix-xxviii.

BENEVIDES, M. V. M. *O Governo Kubitscheck: desenvolvimento econômico e estabilidade política, 1956-1961*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

BERCOVITZ, Z. T. (Ed). *Clinical Tropical Medicine by Twenty-Seven Authors*. New York/London: Harper & Brothers, 1944.

BERTERO, C. O. *Drugs and Dependency in Brazil: an empirical study of dependence theory – the case of pharmaceutical industry*, 1972. Tese de Doutorado: Cornell University.

BLANK, V. L. G. *Contribuição ao estudo da prática de enfermagem*, 1987. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

BLUMENTAL, M. D. *The economic Good Neighbor: aspects of United States Economic Policy Toward Latin América in the Early 1940's as reveled by the activities of the office of inter-american affairs*, 1968. Tese de Doutorado, University of Wisconsin.

BODSTEIN, R. C. A. & FONSECA, C. M. O. Desafio da reforma sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde. In: COSTA, N. R. et al. *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde*. Petrópolis: Vozes, 1989. v.1.

BRAGA, E. et al. Malária no vale do Rio Doce: expurgo domiciliar com DDT em suspensão aquosa. *Revista do Sesp*, 1(3): 737-776, 1948.

BRAGA, J. C. S. & PAULA, S. G. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.

BRASIL. *Diário da Assembléia*, 1(152): agosto 1946a.

BRASIL, *Diário da Assembléia*, 1(153): setembro 1946b.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Comissão Censitária Nacional, *Recenseamento Geral do Brasil (1º. de setembro de 1940). Sinopse do censo demográfico: Dados gerais*. Rio de Janeiro: IBGE, 1947.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Comissão Censitária Nacional, *Recenseamento Geral do Brasil, Série regional, parte VI, Ceará*. Tomo 2. Rio de Janeiro: IBGE, 1950.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sesp: 15 anos de cooperação Brasil-Estados Unidos no campo da saúde pública, 17 de julho de 1957*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Serviço Especial de Saúde Pública, 1957.

BRASIL. Ministério da Saúde/Fundação Serviços de Saúde Pública. *Normas legais e regulamentares da Fundação Sesp, 1942-1979*. Rio de Janeiro: FSesp, 1979.

BROTHWELL, D. R. Yaws. In: KIPLE, K. (Ed.) *The Cambridge World History of Human Diseases*. Cambridge, NY: Cambridge University Press, 1993.

BROWN, T. M., CUETO, M. & FEE, E. The World Health Organization and the Transition From 'International' to 'Global' Public Health. *American Journal of Public Health*. (96): 62-72, 2006.

BROWN JR., W. A. & OPIE, R. *American Foreign Assistance*. Washington, DC: The Brookings Institution, 1957.

BRUCE-CHAWATT, L. J. *Essencial Malariology*. 2.ed. New York: John Wiley & Sons, 1985.

BUSTAMANTE, F. M. Apresentação. In: *Malária: bibliografia brasileira*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação, 1958.

CAFÉ FILHO, J. *Mensagem ao Congresso Nacional*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1955.

CAMPANHOLE, A. & CAMPANHOLE, H. L. (Eds.) *Todas as Constituições do Brasil*. São Paulo: Atlas, 1971.

CAMPBELL, E. P. & MOREHEAD, M. A. Health as a factor in economic development, Brazil. *Revista do Sesp*, 5(2): 497-502, 1952.

CAMPBELL, E. P. et al. Coordination of small hospitals and community health centers. *Revista do Sesp*, 6(2): 537-553, 1954.

CAMPOS, A. L. V. *International Health Policies in Brazil: The Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*, 1997. Tese de Doutorado, Austin: The University of Texas at Austin.

CAMPOS, A. L. V. The Institute of Inter-American Affairs and its Health Policies in Brazil during World War II. *Presidential Studies Quarterly*, XXVIII(3): 523-534, 1998.

CAMPOS, A. L. V. Combatendo nazistas e mosquitos: militares norte-americanos no Nordeste brasileiro (1941-1945). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, V(3): 603-620, 1998-1999.

CAMPOS, A. L. V. Políticas internacionais de saúde pública na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública. In: GOMES, A. M. C. (Org.) *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro/Bragança Paulista: Ed. FGV/ Universidade São Francisco, 2000. p.195-220.

CAMPOS, A. L. V. O Instituto de Assuntos Interamericanos e seu programa de saúde no Brasil: políticas internacionais, respostas locais. *Transit Circle – Revista brasileira de estudos americanos*, 4, Nova Série: 78-95, 2005a.

CAMPOS, A. L. V. La expansion de la autoridad estatal y el Servicio Especial de Salud Pública en el Brasil, 1942-1960. *Dynamis – Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 25: 227-256, 2005b.

CAMPOS, G. W. S. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.

CARDOSO, F. H. & MULLER, G. *Amazônia: expansão do capitalismo*. São Paulo: Brasiliense, 1977.

CARDOSO, M. L. *Ideologia do Desenvolvimento: JK-JQ*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

CARMICHAEL, A. G. Bulbonic plague In: KIPLE, K. (Ed.) *The Cambridge World History of Human Diseases*. Cambridge, NY: Cambridge University Press, 1993a.

CARMICHAEL, A. G. Leprosy. In: KIPLE, K. (Ed.) *The Cambridge World History of Human Diseases*. Cambridge, NY: Cambridge University Press, 1993b.

CARRARA, S. *Tributo à Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

CARONE, E. *A Terceira República, 1937-1945*. Rio de Janeiro/São Paulo: Difel, 1976

CARSON, R. *Silent Spring*. 25th Anniversary Edition. Boston: Houghton Mifflin Company, 1987.

CARTWRIGHT, F. *Disease and History*. New York: Mentor Book, 1974.

CARTER, J. The early development of air transport and ferrying. In: CRAVEN, W. & CATE, J. (Eds.) *The Army and Air Forces in World War II*. V. 2. Chicago: The University of Chicago Press, 1959.

CASTRO, J. *Death in the Northeast: poverty and revolution in the Northeast of Brazil*. New York: Vintage Books, 1969.

CASTRO-SANTOS, L. A. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, 28(2): 193-210, 1985.

CASTRO-SANTOS, L. A. *Power, Ideology and Public Health in Brazil, 1889-1930*, 1987. Tese de Doutorado, Harvard: Harvard University.

CASTRO-SANTOS, L. A. A Reforma Sanitária pelo alto: o pioneirismo paulista no início do século XX. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, 36(3): 361-392, 1993.

CASTRO-SANTOS, L. A. Prefácio: bandeirantes e pioneiros da ciência no Brasil. In: MARINHO, M. G. S. M. *Norte-Americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)*. Campinas/São Paulo: Editores Associados/Universidade São Francisco, 2001.

CASTRO-SANTOS, L. A. Excurso: nacionalismo e internacionalismo em saúde: Brasil e China (Fragmento). In CASTRO-SANTOS, L. A. & FARIA, L. R. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: Edusf, 2003. p.187-201.

CONDON-RALL, M. H. Allied cooperation in malaria prevention and control: the World War II Southwest Pacific experience. In: *Journal of History of Medicine and Allied Sciences*, 46(4): 493-513, 1991.

CONN, S. & FAIRCHILD, B. *The Framework of Hemisphere Defense*. Washington, D.C.: GPO, 1960.

COOPER, D. B & KIPLE, F. K. Yellow fever. In: KIPLE, K. (Ed.) *The Cambridge World History of Human Diseases*. Cambridge, NY: Cambridge University Press, 1993.

CORSI, F. L. *Estado Novo: política externa e projeto nacional*. São Paulo: Ed. Unesp/Fapesp, 2000.

CORREIO DA MANHÃ. Março, abril, dezembro, 1942.

COSTA, O. Formação de laboratorista para os distritos sanitários do Sesp no programa da Amazônia. *Revista do Sesp*, 2(1): 261-287, 1948.

COTTAM, H. R. Point 4 in Brazil. *Department of State Publication 6441*, Inter-American Series, 54: 1-17, 1959.

CROSBY, A. *America's Forgotten Pandemic: the Influenza of 1918*. Cambridge, NY: The University of Cambridge Press. [1.ed. 1976], 1989.

CROSBY, A. Smallpox. In: KIPLE, K. (Ed.) *The Cambridge World History of Human Diseases*. Cambridge, NY: Cambridge University Press, 1993.

CROSBY, A. *Ecological Imperialism: the biological expansion of Europe, 900-1900*. Cambribge, NY: Cambridge University Press. [1. ed. 1986], 1994.

CUETO, M. *El Valor de la Salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington, D.C.: OPS, 2004.

CUNHA, V. S. *O isolamento compulsório em questão. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)*, 2005. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

D'ARAÚJO, M. C. S. *O Segundo Governo Vargas, 1951-1954: democracia, partidos e crise política*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

D'ARAÚJO, M. C. S. Amazônia e desenvolvimento à luz das políticas governamentais: a experiência dos anos 50. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 19(7): 40-55, 1992.

DEAN, W. *Brazil and the Struggle for Rubber: a study in Environmental History*. Cambridge, NY: University Press, 1987.

DEANE, L. M. Observações sobre malária na Amazônia brasileira. *Revista do Sesp*, 1(1): 3-35, 1947.

DEANE, L. M. Depoimento: 'Leônidas Deane: aventuras na pesquisa'. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, I(1): 153-171, 1994.

DEANE, L. M. et al. Aplicação domiciliar de DDT no controle da malária em localidade da Amazônia. *Revista do Sesp*, 1(4): 1121-1161, 1948.

DEPARTMENT OF STATE. Agreement between the U.S. of America and Brazil, effected by exchange notes signed at Washington, March 14, 1942. *Departament of State Publication 2063*, 1942a. (Executive Agreements Series 372)

DEPARTAMENT OF STATE. Agreement between the U. S. of America and Brazil, effected by exchange notes signed at Washington, March 3, 1942. *Departament of State Publication 2098*, 1942b. (Executive Agreements Series 371)

DEPARTAMENT OF STATE. Industrial development. *The Department of State Bulletin*, Feb. 2: 190, 1947.

DINIZ, E. O Estado Novo: estruturas de poder. Relações de Classe. In: FAUSTO, B. (Org.) *História Geral da Civilização Brasileira. Livro III – O Brasil Republicano. Sociedade e Política*. 3.ed. São Paulo: Difel, 1986. p.78-120.

DUFFY, J. *The Sanitarians. A History of American Public Health*. Urbana and Chicago: University of Illinois Press, 1990.

DUGGAN, L. *The Americas: the search for Hemisphere Security*. New York: Henry Holt and Company, 1949.

DULLES, J. W. F. *Getúlio Vargas. Biografia Política*. 2.ed. Rio de Janeiro: Renes, s.d.

DUNHAM, G. C. *Military Preventive Medicine*. 3th. Edition. Harrisburg, PA: Military Service Publishing Company, 1940.

DUNHAM, G. C. The Cooperative Health Programs of the American Republics. *American Journal of Public Health*, 34(8): 817-827, 1944.

DUNN, F. L. Malaria. In: KIPLE, K. (Ed.) *The Cambridge World History of Human Diseases*. Cambridge, NY: Cambridge University Press, 1993.

DUTRA, E. G. *Mensagem Apresentada ao Congresso Nacional por Ocasião da abertura da Sessão Legislativa de 1950 pelo General Eurico Gaspar Dutra, Presidente da República*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1950.

ERB, C. C. Prelude to point four: The Institute of Inter-American Affairs. *Diplomatic History*, 9(3): 249-269, 1985.

ESCOBAR, A. *Encountering Development: The making and unmaking of the Third World*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1995.

ETTLING, J. Hookworm disease. In: KIPLE, K. (Ed.) *The Cambridge World History of Human Diseases*. Cambridge, NY: Cambridge University Press, 1993.

FARIA, L. R. *A Fase Pioneira da Reforma Sanitária no Brasil: a atuação da Fundação Rockefeller, 1915-1930*, 1984. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

FARIA, L. R. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-1930): perspectivas históricas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9(3): 561-586, 2002.

FARLEY, J. Schistosomiasis. In: KIPLE, K. (Ed.) *The Cambridge World History of Human Diseases*. Cambridge, NY: Cambridge University Press, 1993.

FARLEY, J. *To Cast Out the Disease: a history of the International Health Divison of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. New York: Oxford University Press, 2004.

FAURE, O. The social history of health in France: a survey of recent developments. *Social History of Medicine*, 3(3): 437-451, 1990.

FEE, E. *The World Health Organization and the Transition from 'International' to 'Global' Public Health*. In: CONFERÊNCIA DE ABERTURA NO LATIN AMERICAN PERSPECTIVES ON INTERNATIONAL HEALTH SYMPOSIUM. Munk Centyer for International Studies, Universidade de Toronto, 5 a 7 de maio de 2005. 24p.

FERREIRA, J. *Trabalhadores do Brasil: o imaginário popular*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1997.

FERREIRA, R. N. *Amazônia: realidade cheia de perspectiva*. Belém: Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia, 1989.

FONSECA, C. M. O. As propostas do Sesp para educação e saúde na década de 1950: Uma concepção de saúde e sociedade. *Cadernos da Casa de Oswaldo Cruz*, 1(1): 51-58, 1989.

FONSECA, C. M. O. A saúde da criança na Política Social do Primeiro Governo Vargas. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 3(2): 97-116, 1993.

FONSECA, C. M. O. Trabalhando em saúde pública pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-1970). *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2): 393-411, 2000.

FONSECA, C. M. O. *Local e nacional: dualidades da institucionalização da saúde pública no Brasil (1930-1945)*, 2005. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Iuperj/Ucam.

FREITAS FILHO, L. *Vida e Morte nas Capitais Brasileiras: as condições demógrafo-sanitárias locais, 1940-1954*. Rio de Janeiro: IBGE, 1956.

GAMBINI, R. *O Duplo Jogo de Getúlio Vargas: influência americana e alemã no Estado Novo*. São Paulo: Símbolo, 1977.

GARRET, L. *The Coming Plague: newly emerging diseases in a world out of balance*. New York: Penguin Books, 1995.

GOMES, A. M. C. A construção do homem novo: o trabalhador brasileiro. In: OLIVEIRA, L. L. et al. *Estado Novo: ideologia e poder*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GOTTFRIED, R. S. *The Black Death: natural and human disaster in Medieval Europe*. New York: The Free Press, 1983.

GRAHAM, L. S. *Yougoslav and Brazilian Experiences with Federalism*. Austin, TX: Ilas/The University of Texas at Austin, 1984.

GREEN, D. *The Containment of Latin America: a history of myths and realities of the Good Neighbor Policy*. Chicago: Quadrangle Books, 1971.

HALLE JR., L. J. Significance of the Institute of Inter-American Affairs in the Conduct of U. S. Foreign Policy. *Department of State Publication 3.239*. Inter-American Series 36. Reprinted from the *Department of State Bulletin* of May 23, June 13, June 27, and July 11: p.1-19, 1948.

HARRISON, M. Medicalization of War: the militarization of medicine. *Social History of Medicine*, 9 (2): 267-276, 1996.

HEATON, L. Foreword. In: HOFF, E. (Ed.) *Preventive Medicine in World War II*, V. 6. Washington, D.C.: Office of the Surgeon General/Department of the Army, 1963.

HELLINGER, S. et al. *Aid for Just Development: report on the future of foreign assistance*. Boulder, CO, London: Lynne Rienner Publisher, 1988.

HILTON, E. S. *Brazil and the Great Powers, 1930-1939: the politics of trade rivarly*. Austin, TX: The University of Texas Press, 1975.

HOBSBAWM, E. J. *Era dos Extremos: o breve século XX (1914-1991)*. São Paulo: Companhia das Letras. [1.ed. 1994], 2002.

HOCHMAN, G. Cambio político y reformas de la salud pública en Brasil. El primer gobierno Vargas (1930-1945). *Dynamis – Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 25: 199-226, 2005.

HOCHMAN, G. & ARMUS, D. Introdução. In: HOCHMAN, G. & ARMUS, D. (Orgs.) *Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004. p.11-17.

HOCHMAN, G. & FONSECA, C. M. I Conferência Nacional de saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In: GOMES, A. M. C. (Org.) *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro/ Bragança Paulista: Ed. FGV/Ed. São Francisco, 2000. p.173-193.

HOCHMAN, G. A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações. In: BOMENY, H. (Org.) *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. p.127-151.

HOCHMAN, G. & FONSECA, C. M. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D. (Ed.) *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p.73-93.

HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.

HUDSON, R. P. *Disease and its Control: the shaping of modern thought*. London, Greenwood Press, 1983.

IANNI, O. *Estado e Planejamento Econômico no Brasil, 1930-1970*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971.

JOHNSON, W. D. Tuberculosis. In: KIPLE, K. (Ed.) *The Cambridge World History of Human Diseases*. Cambridge, NY: Cambridge University Press, 1993.

LIFE. Air Bases in Brazil. Dec. 15, 1941. p.94-95.

KARASCH, M. C. Disease ecologies of South America. In: KIPLE, K. (Ed.) *The Cambridge World History of Human Diseases*. Cambridge, NY: Cambridge University Press, 1993a.

KARASCH, M. C. Ophtalmia (Conjuntivis and Trachoma). In: KIPLE, K. (Ed.) *The Cambridge World History of Human Diseases*. Cambridge, NY: Cambridge University Press, 1993b.

KRAUT, A. M. *Silent Travellers: germs, genes and the 'immigrant menace'*. New York: Basic Books, 1994.

LABRA, M. E. Saúde pública e desenvolvimento econômico nacional, 1955-1964 (versão preliminar). *Relatório parcial da pesquisa Estudos das po-*

líticas de saúde e das estratégias da reforma sanitária no Brasil, 1974-1986. Rio de Janeiro: fotocópia, 1987.

LAFER, C. *JK e o Programa de Metas, 1956-196: processo de planejamento e sistema político no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. da FGV, 2002.

LeBARON, C. W. & TAYLOR, D W. Typhoid fever. In: KIPLE, K. (Ed.) *The Cambridge World History of Human Diseases*. Cambridge, NY: Cambridge University Press, 1993.

LEOPOLDI, M. A. Economia política do primeiro governo Vargas (1930-1945): a política econômica em tempos de turbulência. In: FERREIRA, J. & DELGADO, L. (Orgs.) O *Tempo do Nacional-Estatismo: do início da década de 30 ao apogeu do Estado Novo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p.241-285. (O Brasil Republicano, v.2.)

LIMA, N. T. *Um Sertão Chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Ed. Revan/Iuperj/Ucam, 1999.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história de três dimensões. In: FINELMAN, J. *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

LIMA, N. T. & HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela Medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In: MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/CCBB, 1996. P. 23-40.

LIMA SOBRINHO, V. *A política de saúde pública e o movimento sanitário brasileiro, 1920-1950*, 1981. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

LUZ, M. T. *Instituições médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MAGALHÃES, M. A política de saúde no Brasil nos últimos 50 anos: Interpelações. *Conferência pronunciada pelo sr. Mário Magalhães, sanitarista, no simpósio sobre política nacional de saúde*. Vol. 1, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde: fotocópia, 1980.

MAHAR, D. J. *Desenvolvimento Econômico da Amazônia: uma análise das políticas governamentais*. Rio de Janeiro: Ipea/Inpes, 1978.

MAJORI, G. The long road to malaria erradication. *The Lancet Supplement*, 2000 (354): siv 31, 1999.

MALAN, P. S. Relações econômicas internacionais do Brasil (1945-1964). In: FAUSTO, B. (Org.) *O Brasil Republicano*. São Paulo: Difel, 1984. p.52-106. (História Geral da Civilização Brasileira, Tomo III, v.4).

MALLOY, J. M. *The Politics of Social Security in Brazil*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press, 1979.

MARSH, K. & SNOW, R. 30 years of science and technology: the example of malaria. *The Lancet – supplement Tropical Medicine*(349): siii2, 1997.

MARKS, G. & BEATTY, W B. *Epidemics*. New York: Charles Scribener's Sons, 1976.

McNEILL, W. H. *Plagues and Peoples*. Garden City: Anchor Press, 1989.

MEDINA, R. N. *História da campanha de erradicação da malária na década de 50: Contribuição para o estudo do modelo campanhista*, 1988. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MERHY, E. E. *A Saúde Pública Como Política: São Paulo, 1920-1948. Os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais*. São Paulo: Hucitec, 1992.

MOURA, G. *Autonomia na Dependência: a política externa brasileira de 1935 a 1942*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

MOURA, G. *Tio Sam chega ao Brasil: a penetração cultural americana*. São Paulo: Brasiliense, 1984. (Tudo é História, 91)

MUSHKIN, S. J. Health as an investment. *The Journal of Political Economy*, Supplement, 70(5): 129-157, 1962.

OFFICE OF THE COORDINATOR OF INTER-AMERICAN AFFAIRS. *Inter-American Cooperation: An Outline*. 3th. Edition. Washington, D. C.: GPO, 1945a.

OFFICE OF THE COORDINATOR OF INTER-AMERICAN AFFAIRS. *Basic Data on the Other American Republics*. Washington, D. C.: GPO, 1945b.

OFFICE OF THE COORDINATOR OF INTER-AMERICAN AFFAIRS. *History of the Office of the Coordinator of Inter-American Affairs: Historical Reports on War Administration*. Washington, D. C.: GPO, 1947.

OFFICE OF THE COORDINATOR OF INTER-AMERICAN AFFAIRS. *The Program of the Institute of Inter-American Affairs*. Washington, D. C.: GPO, 1949.

OFFICE OF THE COORDINATOR OF INTER-AMERICAN AFFAIRS. *Health and Sanitation Division Newsletter* (1942-1955).

OLIVEIRA, F. *Elegia para uma re(li)gião: Sudene, Nordeste, planejamento e conflito de classe*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

OLIVEIRA, J K. & PINOTTI, M. *Programa de Saúde Pública do Candidato Juscelino Kubitschek*. São Paulo: L. Niccolini, 1955.

ORNELLAS, C. P. *Educação Sanitária: práticas sanitárias ou instrumento de ação ideológica?*, 1981. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

PACKARD, R. M. & GADELHA, P. A land filled with mosquitos: Fred L. Soper, the Rockefeller Foundation, and the Anopheles Gambiae invasion of Brazil. *Medical Anthropology*, 17(3): 215-238, 1997.

PACKARD, R. & BROWN, P. Rethinking Health, development and malária: historicizing a cultural model in international health. *Medical Anthropology*, 17(3): 181-194, 1997.

PALMER, P. Saúde imperial e educação popular: a Fundação Rockefeller na Costa Rica em uma perspectiva centro-americana, 1914-1921. In: HOCHMAN, G. & ARMUS, D. (Orgs.) *Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004. p.217-248.

PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). *Epidemiology and Control of Falciparum Malaria in the Americas*. Washington, D.C.: Paho, 1984.

PANDOLFI, D. Os anos 1930: as incertezas do regime. In: FERREIRA, J. & DELGADO, L. A. N. (Orgs.) *O Brasil Republicano*. v.2. *O tempo do nacional-estatismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p.13-37.

PATTERSON, K. D. Amebic Dysentery. In: KIPLE, K. (Ed.) *The Cambridge World History of Human Diseases*. Cambridge, NY: Cambridge University Press, 1993.

PEÇANHA, A. M. M. *Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – FSesp: um estudo de desenvolvimento institucional*, 1976. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas.

PENNA, B. & NEIVA, A. Viagem científica pelo Norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 8(30): 74-224, 1916.

PENIDO, H. M. Alguns aspectos da epidemiologia e controle da malária na área do Rio Doce. *Revista do Sesp*, 1(1): 61-76, 1947.

PENIDO, H. M. A estrutura sanitária brasileira. *Revista do Sesp*, 10(1): 185-214, 1958.

PENIDO, H. M. O Serviço Especial de Saúde Pública e suas realizações no Brasil. *Revista do Sesp*, 10(2): 363-383, 1959.

PENIDO, H. M. et al. Malária no Vale do Rio Doce: organização de serviços antilarvários. *Revista do Sesp*, 1(3): 711-735, 1948.

PHILLIPS, R. S. *Malaria*. London: Edward Arnold, 1983.

PINHEIRO, E. C. Clube de saúde e educação sanitária escolar. *Revista do Sesp*, 2(2): 725-737, 1948.

PINHEIRO, E. C. et al. Utilização do diafilme sonorizado como meio de educação sanitária em pequenas localidades e áreas rurais do Brasil. *Revista do Sesp*, 2(3): 917-939, 1949.

PINHEIRO, L. A entrada do Brasil na segunda guerra mundial. *Revista USP*, 26: 108-119, 1995.

PINHEIRO, T. X. A. *Saúde Pública, Burocracia e Ideologia: um estudo sobre o Sesp, 1942-1974*, 1992. Dissertação de Mestrado, Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

PINHO, D. B. & FANGANIELLO, H. *Aspectos do Pensamento Econômico do Brasil, 1940-1960*. São Paulo: Instituto de Pesquisas Econômicas, 1986.

PORTER, D. Introduction. *The History of the Public Health and the Modern State*. Amsterdam: Rodopi B.V., 1994.

PORTER, R. & WEAR, A. (Eds.) *Problems and Methods in the History of Medicine*. New York: Croom Health and Methuen, 1987.

RAMOS, R. A integração sanitária no Brasil: doutrina e prática. *Revista da FSesp*, 17(1 e 2), 1973.

REIS, E. Poder privado e construção do Estado na Primeira República. In: BOSCHI, R. R. (Ed.) *Corporativismo e Desigualdade: a construção do espaço público no Brasil*. Rio de Janeiro: Rio Fundo/Iuperj, 1990. p.43-68.

REIS, A. C. F. *O Seringal e o Seringueiro*. Manaus: Governo do Estado do Amazonas/Universidade do Amazonas, 1997.

RIBEIRO, L. *Medicina no Brasil Colonial*. Rio de Janeiro: Ed. do autor, 1971.

REZENDE, S. C. & HELLER, L. *O Saneamento no Brasil: políticas e interfaces*. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2002.

ROEMER, M. L. Internationalism in Medicine and Public Health. In: PORTER, D. *The History of Public Health and the Modern State*. Amsterdam: Rodopi B. V., 1994. P. 403-423.

ROSAS, E. J. *A extensão da cobertura dos serviços de saúde no Brasil. PIASS – análise de uma experiência*, 1981. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz.

ROSEN, G. O primeiro movimento de centro comunitário de saúde: ascensão e queda. In: *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p.371-401.

ROSEN, G. *A History of Public Health*. Expanded Edition. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1993. [1958].

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Editora da Universidade Estadual Paulista/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública, 1994.

ROSEMBERG, C. George Rosen and the Social History of Medicine. In: *Healing and History: Essays for George Rosen*. New York: Neale Watson Academic Publications, 1979.

RUSSEL, P. Introduction. In: HOFF, E. (Ed.) *Preventive Medicine in World War II*. V. 6. Washington, D. C.: Office of Surgeon General/Department of the Army, 1963.

SÁ, D. M. O Brasil 'modelado' na obra de Belisário Penna (1916-1935), 1999. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.

SANTOS FILHO, L. C. *História Geral da Medicina Brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1977. v.1.

SANTOS FILHO, L. C. *História Geral da Medicina Brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1991. v.2.

SAWYER, R. R. *Malaria and the Environment*. Brasília: Instituto SPN, 1992.

SEITENUS, R. A. S. *O Brasil de Getúlio Vargas e a Formação dos Blocos: 1939-1942*. São Paulo: Nacional, 1985.

SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA. Conferência de organização sanitária, realizada no Serviço Especial de Saúde Pública entre 12 e 17 de abril de 1948. *Revista do Sesp*, 1(4): 1093-1119, 1948.

SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA/Ministério da Educação e Saúde. *Boletim comemorativo do 10º. aniversário do Sesp do Ministério da Educação e Saúde, 17 de julho de 1952*. Rio de Janeiro: MES, 1952.

SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA/ Ministério da Saúde. *Sesp: 15 anos de cooperação Brasil-Estados Unidos no campo da saúde pública, 17 de julho de 1957*. Rio de Janeiro, MS/Sesp, 1957.

SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA, *Boletim do Sesp*, 1944-1951, 1953-1960.

SILVA, O. J. & MORAES, N. L. A. Contribuição do Serviço Especial de Saúde Pública e do Instituto de Assuntos Interamericanos à formação de técnicos. *Revista do Sesp*, 1(3): 811-824, 1948.

SILVA, O. J. et al. Preparação de técnicos e auxiliares de educação sanitária. *Revista do Sesp*, 6(2): 497-503, 1954.

SINGER, P. et al. *Prevenir e Curar: o contrôle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

SKIDMORE, T. E. *Politics in Brazil, 1930-1964: a experiment in democracy*. New York: Oxford University Press, 1967.

SKOCPOL, T. *Social Policy in the United States: future possibilities and historical perspective*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1995.

SMILLIE, W. G. *Public Health Administration in the United States*. 2.ed. New York: Macmillan Company, 1943.

SOPER, F. L. *Anopheles gambiae* in Brazil. In: DUFFY, J. (Ed.) *Ventures in World Health: the memoirs of Fred Lower Soper*. Washington, D.C.: Pan-American Health Organization, 1977. p.201-233.

SOPER, F. L. & WILSON, D. *Campanha contra o Anopheles gambiae no Brasil, 1939-1942*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, 1945.

STARR, P. *The Social Transformation of American Medicine: the rise of sovereign profession and the making of vast industry*. BasicBooks, 1982.

STEPAN, N. The interplay between socio-economic factors and medical Science: Yellow Fever Research, Cuba and United States. In: *Social Studies of Science*, 8(4): 397-423, 1978.

STEPAN, N. The only serious terror in these regions: malaria control in the Brazilian Amazon. In: ARMUS, D. (Ed.) *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to AIDS*. Durham and London: Duke University Press, 2003. p.25-50.

STERN, S. J. The decentered center and the expansionist periphery. The paradoxes of foreign-local encounter. In: JOSEPH, G. M.; LeGRAND, C. C. & SALVATORE, R. D. (Eds.) *Close Encounters of Empire. Writing the Cultural History of U. S. – Latin American Relations*. Durham and London: Duke University Press, 1998. p.47-68.

TAYLOR, G. J. & GONDIM, P. M. Desenvolvimentos recentes da higiene industrial no Brasil. *Revista do Sesp*, 7(2): 583-594, 1955.

TELAROLLI, Jr., R. *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Ed. Unesp, 1996.

TOLEDO, C. N. *Iseb: fábrica de ideologias*. São Paulo: Ática, 1977.

TOTA, A. P. *O Imperialismo Sedutor: a americanização do Brasil na época da Segunda Guerra*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

YEKUTIEL, P. *Erradication of Infectious Diseases: a critical study*. New York: Karger, 1980.

UGLIO, J. A. health precautions for Central and South American and Caribbean Área. *War Department Pamphet n. 8-2*. Washington, D.C.: GPO, 1943.

U. S. HOUSE OF REPRESENTATIVES. Committee on Appropriations, *Hearings on the Government Corporation Apropriation Bill for 1948*. Part I, 80th Congress, First Session, 1947.

VAN DE MARK, B. *Anxious Days: the foreign policy debate in america during the summer of 1940*, 1983. Tese de Mestrado, Austin, TX: The University of Texas at Austin.

VARGAS, G. D. *A Nova Política do Brasil*. Rio de Janeiro: J. Olympio, s/d. v.2.

VARGAS, G. D. *A Nova Política do Brasil* (1938-1945). Rio de Janeiro: J. Olympio, s/d. v.5.

VARGAS, G. D. *A Nova Política do Brasil*. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1941. v.3.

VARGAS, G. D. *A Nova Política do Brasil: o Brasil na guerra*. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1944. v.9.

VARGAS, G. D. *Mensagem ao Congresso Nacional*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1952.

VIANNA, L. W. O Estado Novo e a 'ampliação' autoritária da República. In: CARVALHO, M. A. R. (Org.) *República no Catete*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2001. p.111-153.

VIEIRA, E. *Estado e Miséria Social no Brasil: de Getúlio a Geisel, 1951-1978*. São Paulo: Cortez, 1983.

WARLICH, B. *Reforma Administrativa da Era Vargas*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1983.

WEINSTEIN, B. *The Amazon Rubber Boom: 1850-1929*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1983.

WEISBROD, B. A. et al. *Disease and Economic Development: the impact of parasitic diseases in St. Lucia*. Madison, WI: The University of Wisconsin Press, 1973.

WEST, L. S. The South Atlantic and Caribbean Area. In: HOFF, E. (Ed.) *Preventive Medicine in World War II*. Washington, D. C.: Office of the Surgeon General/Department of the Army, 1963. v.6.

Índice Onomástico

A

B

C

E

M

R

S

T